

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

CILENE VOLKMER

**FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA: UM OLHAR DOS
ACADÊMICOS AO PROCESSO DE FORMAÇÃO
PROFISSIONAL**

Florianópolis-SC
2010

CILENE VOLKMER

**FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA: UM OLHAR DOS
ACADÊMICOS AO PROCESSO DE FORMAÇÃO
PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Marisa Monticelli
Coorientadora: Dra. Kenya Schmidt
Reibnitz

Florianópolis-SC
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

V919f Volkmer, Cilene

Fisioterapia uroginecológica [dissertação] : um olhar dos acadêmicos ao processo de formação profissional / Cilene Volkmer ; orientadora, Marisa Monticelli. - Florianópolis, SC, 2010.

256 p.: grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Incontinência Urinária - Fisioterapia. 3. Mulheres - Saúde e higiene. 4. Estudantes. 5. Aprendizagem. I. Monticelli, Marisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

CILENE VOLKMER

**FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA: UM OLHAR DOS
ACADÊMICOS AO PROCESSO DE FORMAÇÃO
PROFISSIONAL**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 17 de dezembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dr^a Marisa Monticelli
Presidente

Dr^a Odaléa Maria Brüggemann
Membro

Dr^a Fabiana Flores Sperandio
Membro

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este processo, trilhado com determinação, esforço, alegria e satisfação, olho para o transcurso percorrido e vejo “uma pedra bruta sendo lapidada”, passo a passo. Percebo minha transformação, tanto como profissional, quanto aprendiz e, principalmente, como ser humano, refletindo sobre minha realidade e buscando transformá-la.

O Mestrado em Enfermagem apontou novos caminhos, apresentando diferentes possibilidades de investigações científicas. Passei a compreender a importância das concepções filosóficas no contexto da saúde, no meu cotidiano de fisioterapeuta e docente e o processo de reflexão gerado durante este percurso permitiu que eu vislumbrasse um “campo fértil” na pesquisa qualitativa. Ao propor aos acadêmicos de fisioterapia a reflexão e o diálogo, acerca da formação profissional na área de fisioterapia uroginecológica, penso que posso contribuir, não só na minha realidade e dos acadêmicos envolvidos, mas também em outras realidades, mesmo que distantes, semeando o desejo de reflexão e transformação do processo ensino-aprendizagem na assistência fisioterápica à mulher portadora de incontinência urinária.

Neste caminho, muitas pessoas tornaram-se fundamentais, contribuindo com seus conhecimentos, das mais variadas formas, possibilitando que aquela “pequena semente” fosse plantada, regada, podada e se transformasse nesta “linda árvore, cheia de frutos”. Desta forma, quero expressar meu profundo agradecimento a estas pessoas.

Em especial, à Dra. Marisa Monticelli, muito mais que minha orientadora, minha mestra, companheira, incentivadora e exemplo de profissional, docente e investigadora, que prima pela ética, e que mostra, de forma apaixonante, as facetas da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). Mesmo sem conhecer os meandros da fisioterapia uroginecológica, se propôs a superar as possíveis barreiras, provou que conhecimento é algo que se conquista com extrema dedicação e que a interdisciplinaridade proporciona momentos únicos de aprendizado. Agradeço sua paciência, persistência e entusiasmo, responsáveis pela transformação desta fisioterapeuta “quanti” em “quali”! Agradeço todos os momentos compartilhados, sua presença constante e reconfortante, pois nesse imenso “oceano” nunca me senti “à deriva”; você sempre esteve ao meu lado, mostrando em que direção seguir.

À Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, minha coorientadora, ser humano especial, que, apesar de todas suas obrigações e vida atribulada, esteve junto nesta caminhada desde o princípio e contribuiu com seus

conhecimentos e segurança. Agradeço por ter auxiliado a “simplificar” a árdua tarefa de realizar uma PCA voltada aos aspectos educacionais da fisioterapia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Aos membros titulares da Banca, Dra. Odaléa Maria Brüggemann e Dra. Fabiana Flores Sperandio, e o membro suplente, Dra. Jussara Gue Martini, por compartilharem deste momento importante e aprimorarem este trabalho com suas valiosas contribuições. Também agradeço a participação da Doutoranda Marialda Martins, companheira do grupo de pesquisa, que trouxe excelentes reflexões acerca do tema.

Aos acadêmicos de fisioterapia, por terem aceitado participar desta proposta, sempre de uma maneira intensa e responsável, com o desejo de transformação da realidade. A confiança foi primordial para obtermos os resultados e, literalmente, sem vocês este trabalho não seria possível!

À Coordenação do Curso de Fisioterapia e Direção do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI, por acreditarem na proposta e permitirem que o “sonho” se transformasse em “realidade”, colocando à disposição todos os requisitos necessários para a efetivação da pesquisa.

Aos colegas professores da UNIVALI, por contribuírem de diversas formas, nos bons e nem tão bons momentos, principalmente as professoras Francine de Oliveira Fisher-Sgrott e Fabiane Dell’Antonio, por “embarcarem nessa viagem” junto comigo, dando total apoio e incentivo.

Aos funcionários da UNIVALI, principalmente as secretárias da Clínica de Fisioterapia Dulcinéia e Rosângela, por contribuírem na organização e agendamento das aulas práticas e das oficinas, e pelo ombro amigo nos momentos difíceis.

Às mulheres portadoras de incontinência urinária, por permitiram que os dados fossem coletados durante seus atendimentos na Clínica de Fisioterapia.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, principalmente Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra. Telma Elisa Carraro, Dra. Miriam Süsskind Borenstein, Dra. Jussara Gue Martini, Dra. Marta Lenise do Prado, Dra. Vânia Marli Schubert Backes, Dra. Astrid Eggert Boehs e Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, por compartilharem suas experiências e ensinamentos nas disciplinas e contribuírem no aprimoramento do projeto de pesquisa.

Às professoras e colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem

na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido, GRUPESMUR, pela convivência nestes mais de três anos, trazendo muitos aprendizados e contribuições. Admiro a paixão que todas vocês demonstram ao trabalhar com a saúde da mulher e do RN.

Às colegas do Mestrado da Turma 2009, pela amizade que fortalecemos em tão pouco tempo, pelos momentos de estudo, sempre produtivos, e pelos momentos de descontração. Em especial à Gabriela, por termos compartilhado todas as inseguranças iniciais da PCA e por termos superado juntas as dificuldades.

Às queridas colaboradoras Fernanda, Larissa, Cíntia, Dayani e Francielle, pois foram incansáveis, auxiliando na árdua tarefa de transcrever as observações e as oficinas.

Às funcionárias do PEN e da secretaria acadêmica, Claudia e Francini, pelo auxílio e disponibilidade, sempre que foi necessário.

Às minhas amigas, parceiras, Débora e Fabiane, pelo carinho e oferecimento de “tudo que precisar, em qualquer hora e em qualquer lugar”.

Aos meus pais, Valdomiro e Erondina, responsáveis pelo que sou como pessoa e profissional, pois incentivaram, sempre, o desejo pelo estudo, pelo crescimento e a superação das dificuldades. Agradeço o amor incondicional, o “suporte emocional”, o carinho. À minha sogra Aime, pela paz e tranquilidade nos momentos complicados, apesar da distância.

Aos meus irmãos Fabiane e Glauber, por estarem sempre presentes, perto ou longe. Aos meus sobrinhos Eduardo e Vivian, queridos e amados, peço desculpas por ter estado distante nestes últimos dois anos, e à minha vó Georgina, firme e forte, acompanhando mais esta etapa, com seus 95 anos.

À todas as pessoas que, de uma forma ou outra, contribuíram para que esta pesquisa fosse possível.

E o agradecimento especial, de todo meu coração, ao Afonso, meu amor e companheiro de todas as horas. Agradeço sua compreensão, naqueles momentos “delicados”, principalmente quando as alterações hormonais entravam em ação! Você é o meu anjo e meu porto seguro!

O que eu vi

Rostos alegres, sorrindo, beijando crianças, adultos, novos e velhos.

Que cara é esta? Super-homens ou super mulheres?

Talvez ... para ser super tenha que superar-se ... dos traumas ... da dor ... do incômodo ... como eu ... Alfa mijona.

Mas o que eu vi não foram apenas caras alegres, super mulheres ou super-homens, com a arte de suas mãos vencendo dores, vencendo incômodos como eu.

Quando eu estava tecendo esses panos, eu via vocês com a arte de suas mãos exercendo a arte de tirar dores ... talvez não vendo nada, mas palpando com suas mãos, percebendo aonde estava errado, e com suas inteligências de mestre e alunos, descobrindo o caminho da cura.

Deus foi nosso artista quando teceu, nos ventres de nossas mães, nosso corpo físico e espiritual ... Deus colocou na mão de vocês a arte de descobrir a causa da dor.

É colocando a mão na massa que surge o pão, é das mãos de vocês que vem a alegria.

Estou curada ... não foi paliativo, nem mascarado, mas sim, real. Por isso ...

Obrigada, muito obrigada!

(Depoimento espontâneo escrito por uma das mulheres portadoras de IU, assistida pelos acadêmicos de fisioterapia. Finalizou seu tratamento em dezembro de 2009)

VOLKMER, Cilene. **Fisioterapia uroginecológica: um olhar dos acadêmicos ao processo de formação profissional**, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 276f.

Orientador: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Coorientador: Profa. Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

Data da defesa: 17/12/2010

RESUMO

O processo de aprendizagem da assistência fisioterápica à mulher com IU envolve questões complexas e gera inúmeras inquietações. Esta Pesquisa Convergente-Assistencial, com caráter qualitativo, teve como objetivos compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia durante a aprendizagem da assistência à mulher com incontinência urinária e construir estratégias conjuntas com os acadêmicos de fisioterapia para a superação destas dificuldades. O suporte teórico-metodológico constituiu-se da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. O estudo, desenvolvido nas dependências do Curso de Fisioterapia de uma universidade de Santa Catarina, teve como sujeitos 17 acadêmicos de fisioterapia no semestre 2009.2. Destes, 13 continuaram participando da pesquisa no semestre 2010.1. A coleta de dados, realizada através de observação participante e oficinas temáticas, ocorreu de agosto a novembro de 2009 e de fevereiro a junho de 2010. Os dados foram analisados através de quatro etapas analíticas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados foram apresentados em dois artigos/manuscritos. No artigo/manuscrito abordando o processo de iniciação da aprendizagem, dos dados analisados emergiram quatro categorias: dificuldades em lidar com a própria sexualidade, constrangimentos em compartilhar a intimidade com os colegas, dificuldades quanto aos aspectos interacionais com as mulheres e quanto à organização da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica, que podem ser superadas através da reflexão e diálogo, resultando na construção coletiva das propostas: abordagem precoce do tema sexualidade, abertura para dialogicidade nas disciplinas, vivências em grupo e inserção da realidade no cotidiano das atividades curriculares da fisioterapia uroginecológica, possibilitando transformar o processo de iniciação da aprendizagem da assistência

fisioterápica à mulher com incontinência urinária. No artigo/manuscrito abordando o desenvolvimento da assistência à mulher com incontinência urinária no estágio curricular supervisionado, outras quatro categorias emergiram: dificuldades face às condutas para avaliação da mulher com IU, quanto ao estabelecimento do plano terapêutico, em relação aos registros das consultas e em relação à organização do Estágio Curricular Supervisionado. Quanto à avaliação da mulher, as principais dificuldades foram o exame físico e a aplicação de instrumentos diagnósticos, e as estratégias de superação incluem postergar o exame até que a interação com a paciente seja estreitada, bem como, ter a experiência pregressa de aplicar os instrumentos em si mesmos, antes de propô-los à mulher. Quanto ao plano terapêutico, as dificuldades estão relacionadas à prescrição e execução das condutas, recomendando-se, particularmente, aumentar a familiaridade com as mesmas. No que diz respeito aos registros, sugerem maior flexibilidade no tipo de anotações. Quanto à organização do estágio, recomendam estreitar o diálogo com os supervisores, buscando maior qualidade e menor quantidade nos atendimentos. Conclui-se que o exercício da dialogicidade e criticidade possibilita que acadêmicos de fisioterapia vislumbrem a modificação da realidade do ensino da fisioterapia uroginecológica no curso. Ao mesmo tempo, constata-se que a implementação das propostas apresentadas é tarefa árdua, possível através do engajamento e cooperação de todos os envolvidos no contexto, ou seja, discentes, docentes, coordenadores e orientadores pedagógicos. Esta pesquisa poderá contribuir com o processo de formação profissional da fisioterapia uroginecológica, incentivando a busca por novas reflexões acerca do tema e a transferência dos achados para outras realidades.

Palavras-chave: Fisioterapia. Incontinência urinária. Saúde da mulher. Estudantes. Aprendizagem.

VOLKMER, Cilene. **Urogynecologist physical therapy: an academic perspective upon the formal education process**, 2010. Master's Thesis in Nursing – Graduate Nursing Programa at the Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brazil. 276s.

Advisor: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Co-advisor: Profa. Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Line of Research: Education, Health Care, and Nursing.

Defense date: 12/17/2010

ABSTRACT

The learning process for physical therapy care for the woman with UI involves complex questions and generates innumerable concerns. This qualitative Convergent-Care study seeks to better comprehend the difficulties presented by physical therapy academics during the learning process towards care for the woman with urinary incontinence, and to construct strategies with physical therapy academics to overcome such difficulties. Paulo Freire's Liberating Pedagogy provides the theoretical-methodological support. The study, developed in the dependencies of the physical therapy course at the one university of Santa Catarina, Brazil, involved 17 physical therapy undergraduate students in the second semester of 2009 as subjects. Of these, 13 continued to participate in the study the following semester. Data collection, carried out through participant observation and thematic workshops, occurred from August to November of 2009, as well as from February to June of 2010. The data was analyzed through four analytical stages: apprehension, synthesis, theorization, and transference. The results were presented in two articles/manuscripts. In the article/manuscript outlining the initiation process of learning, the data analyzed produced four categories: difficulties in leading with one's own sexuality; embarrassment in sharing the intimacy with colleagues; difficulties as to interactive aspects with women and as to organization of the Urogynecological Physical Therapy Class, which may be overcome through reflection and dialogue, resulting in a collective construction of the proposals: prematurely approaching the sexuality theme; openness to dialogue in the classes; group living experiences; and insertion of the day-to-day reality of urogynecological physical therapy curricular activities, making it possible to transform the initiation process of learning physical therapy care for the woman with urinary incontinence. In the article/manuscript approaching the development of care for the

woman with urinary incontinence in the supervised curricular clerkship, another four categories emerged: difficulties before conducts to evaluating the woman with UI; as to establishing the therapeutic plan; with respect to the registries of medical appointments; and with respect to the organization of the Supervised Curricular Clerkship. As to evaluating the woman, the principle difficulties were the physical exam and the application of diagnostic instruments, with overcoming strategies including postponing the exam until interaction with the patient is established positively, as well as having a previous experience of applying the instruments on themselves before proposing them to the woman. As to the therapeutic plan, the difficulties are related to prescribing and executing the conduct, recommending that familiarity be increased, especially with the conducts themselves. Concerning the registries, this study suggests greater flexibility in the types of annotations. As to the organization of the clerkship, it is recommended that dialogue be aligned with advisors and supervisors, seeking greater quality and fewer meetings. It is concluded that the exercise of dialogue and criticism makes it possible for physical therapy academics to view the modification of the reality of the urogynecological physical therapist in his/her formal education. At the same time, this study states that implementing the proposals presented is an arduous task, made possible through the engagement and cooperation of all those involved, including faculty members, coordinators, and pedagogical advisors. This research could contribute to the professional learning process of urogynecological physical therapy, offering incentive to seek new reflections concerning the theme and transferring the finding to other realities.

Keywords: Physical therapy. Urinary incontinence. Women's health. Students. Learning.

VOLKMER, Cilene. **Fisioterapia uroginecológica: una mirada de los estudiantes al proceso de formación profesional**, 2010. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 276h.

Orientador: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Coorientador: Profa. Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Línea de Investigación: Educación, Salud y Enfermería.

Fecha de la defensa: 17/12/2010

RESUMEN

El proceso de aprendizaje de la asistencia fisioterápica a la mujer con IU envuelve asuntos complejos y genera innumerables interrogantes. Esta Investigación Convergente-Asistencial, de carácter cualitativo, tuvo como objetivos comprender las dificultades presentadas por los estudiantes de fisioterapia durante el aprendizaje de la asistencia a la mujer con incontinencia urinaria y construir estrategias conjuntas con los estudiantes de fisioterapia para la superación de las dificultades presentadas. El soporte teórico-metodológico se constituyó en la Pedagogía Libertadora de Paulo Freire. El estudio, desarrollado en las dependencias del Curso de Fisioterapia de una universidad de Santa Catarina, tuvo como sujetos 17 estudiantes de fisioterapia en el semestre 2009.2. De estos, 13 continuaron participando de la investigación en el semestre 2010.1. La recolección de datos, realizada a través de observación participante y talleres temáticos, ocurrió de agosto a noviembre de 2009 y de febrero a junio de 2010. Los datos fueron analizados a través de cuatro etapas analíticas: aprensión, síntesis, teorización y transferencia. Los resultados fueron presentados en dos artículos/manuscritos. En el artículo/manuscrito abordando el proceso de iniciación del aprendizaje, de los datos analizados emergieron cuatro categorías: dificultades en lidiar con la propia sexualidad, constreñimientos en compartir la intimidad con los colegas, dificultades en cuanto a los aspectos interaccionales con las mujeres y en la organización de la Disciplina Fisioterapia Uroginecológica, que pueden ser superadas a través de la reflexión y diálogo, resultando en la construcción colectiva de las propuestas: abordaje precoz del tema sexualidad, apertura para el diálogo en las disciplinas, vivencias en grupo e inserción de la realidad en el cotidiano de las actividades curriculares de la fisioterapia uroginecológica, posibilitando transformar el proceso de iniciación del aprendizaje de la asistencia fisioterápica a la

mujer con incontinencia urinaria. En el artículo/manuscrito abordando el desarrollo de la asistencia a la mujer con incontinencia urinaria en la práctica curricular supervisada, otras cuatro categorías emergieron: dificultades de cara a las conductas para evaluación de la mujer con IU, en cuanto al establecimiento del plan terapéutico, en relación a los registros de las consultas y en relación a la organización de la práctica curricular supervisada. En cuanto a la evaluación de la mujer, las principales dificultades fueron el examen físico y la aplicación de instrumentos diagnósticos, y las estrategias de superación incluyen postergar el examen hasta que la completa interacción con la paciente sea estrecha, así como tener la experiencia progresiva de aplicar los instrumentos en si mismos, antes de proponerlos a la mujer. En cuanto al plan terapéutico, las dificultades están relacionadas a la prescripción y ejecución de las conductas, recomendándose, particularmente, aumentar la familiaridad con las mismas. En lo que dice respecto a los registros, sugieren mayor flexibilidad en el tipo de anotaciones. En cuanto a la organización de la práctica, recomiendan fortalecer el diálogo con los supervisores, buscando mayor calidad y menor cantidad en las atenciones. Se concluye que el ejercicio del dialogo y critica posibilita que estudiantes de fisioterapia vislumbren la modificación de la realidad de la fisioterapia uroginecológica en el curso. Al mismo tiempo, se constata que la implementación de las propuestas presentadas es tarea ardua, posible a través de la vinculación y cooperación de todos los envueltos en el contexto, o sea, estudiantes, docentes, coordinadores y orientadores pedagógicos. Esta investigación podría contribuir con el proceso de formación profesional de la fisioterapia uroginecológica, incentivando la búsqueda por nuevas reflexiones acerca del tema y la transferencia de los hallazgos para otras realidades.

Palabras clave: Terapia física. Incontinencia urinaria. Salud de la mujer. Aprendizaje. Estudiante.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF – Base de Dados de Enfermagem
BH – Bexiga Hiperativa
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASP – Critical Appraisal Skills Programme
CES – Conselho de Educação Superior
CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CSB – Care-Seeking Behavior
DC – Diário de Campo
ECS – Estágio Curricular Supervisionado
ICS – International Continence Society
ISI Web of Knowledge – Institute for Scientific Information
IU – Incontinência Urinária
IUE – Incontinência Urinária de Esforço
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde
PCA – Pesquisa Convergente-Assistencial
PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SciELO – Scientific Electronic Library Online
SCOPUS – Banco de dados de resumos e citações de artigos científicos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 O PROBLEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO.....	23
1.1 A inserção da pesquisadora no problema de pesquisa.....	26
1.2 A questão-problema no contexto do processo de formação profissional	30
2 REVISÃO DE LITERATURA	37
2.1 Artigo - Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos.....	38
3 O FIO CONDUTOR	79
3.1 A Pedagogia Libertadora de Paulo Freire.....	80
3.2 Marco conceitual.....	82
4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	89
4.1 Local e contexto do estudo.....	89
4.2 Sujeitos participantes do estudo.....	91
4.3 Operacionalização do estudo (coleta, registro e organização dos dados).....	92
4.4 Procedimentos para análise dos dados.....	100
4.5 Questões éticas.....	102
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	105
5.1 Artigo - A iniciação da aprendizagem na assistência fisioterápica à mulher com incontinência urinária: dificuldades apresentadas pelos acadêmicos e propostas de superação.....	106
5.2 Artigo - Fisioterapia na incontinência urinária feminina: dificuldades e superações na visão de estagiários.....	154
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	189
Referências.....	195
Apêndices.....	203
Apêndice A - Modelo do diário de campo.....	205

Apêndice B - Etapa de síntese – Consolidação da codificação.....	229
Apêndice C - Etapa de síntese – Categorias e subcategorias.....	231
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Acadêmicos.....	235
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Mulheres com IU.....	239
Anexos.....	243
Anexo A - Normas do periódico Revista de Saúde Pública.....	245
Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (UNIVALI).....	259
Anexo C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (UFSC).....	261
Anexo D - Normas do periódico Interface – Comunicação, Saúde, Educação.....	263
Anexo E - Normas do periódico Fisioterapia em Movimento.....	271

1 O PROBLEMA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

A questão da Incontinência Urinária (IU) feminina, na atualidade, tem suscitado interesse redobrado dos profissionais da saúde, em decorrência dos múltiplos fatores e conseqüências relacionadas a essa condição.

De acordo com a *International Continence Society* (ICS), a IU pode ser devastadora, tanto na esfera pessoal, quanto social, principalmente em pessoas idosas e com fragilidades físicas e emocionais. Em face disto, segundo este organismo internacional, devem ser garantidos tratamento físico e acompanhamento social adequados, seja para as pessoas idosas, ou a qualquer outra pessoa que apresente sinais e sintomas característicos dessa disfunção urinária (INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY, 2005).

Do ponto de vista clínico, a IU pode se apresentar de três formas. A primeira é denominada Incontinência Urinária de Esforço (IUE), e é definida como perda involuntária de urina via uretral, que ocorre durante esforços físicos, quando o aumento da pressão intravesical supera a pressão intra-uretral, na ausência da contração do músculo detrusor¹. A segunda, denominada Bexiga Hiperativa (BH), é definida pela perda involuntária de urina via uretral, podendo ocorrer conjuntamente a um desejo de urinar, e sendo acompanhada de contração do detrusor. A terceira forma é denominada Incontinência Urinária Mista e ocorre quando há associação de uma IUE com os sintomas da BH (ABRAMS et al., 2003; BARACHO, 2002; GROSSE, SENGLER, 2002).

Segundo Higa, Lopes e Reis (2008), a IU é um problema que afeta milhões de pessoas de qualquer idade no mundo todo, em especial as mulheres, e compromete a qualidade de suas vidas, principalmente pelo aumento progressivo da expectativa de vida e o consequente agravamento da incontinência na meia idade.

A perda involuntária de urina é uma condição que pode comprometer as atividades sociais, familiares, profissionais e sexuais das pessoas acometidas e, desta maneira, gerar isolamento social e estresse emocional, associado ou não à sensação de inferioridade e depressão (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008). Além disso, a incontinência pode também ter impacto na situação econômica das famílias e do Estado, haja vista o estudo de Araújo (2009), que analisou

¹ A camada média da bexiga é composta por fibras musculares lisas que, em conjunto, formam o músculo detrusor.

gastos com IU no Brasil, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e das mulheres incontinentes estudadas, apontando que, além dos custos gerados ao sistema público de saúde com tratamento cirúrgico e/ou fisioterápico, as pacientes com IU desembolsam mensalmente recursos monetários próprios, tanto para a questão do uso de proteção, quanto para higienização pessoal. O estudo revela que estes gastos podem causar um impacto significativo no orçamento familiar (ARAÚJO, 2009).

Higa, Lopes e Reis (2008) afirmam que são poucos os estudos que abordam a IU, particularmente no que se refere às mulheres brasileiras. Um desses estudos, desenvolvido por Lopes e Higa (2006) relata, por exemplo, que profissionais de enfermagem de um hospital brasileiro apresentam 27,5% de IU e que 79% das servidoras incontinentes não procuram atendimento médico. Outro estudo, desenvolvido por Guarisi et al. (2001), confirma a necessidade de que as mulheres, bem como os médicos, sejam conscientizados quanto aos benefícios do tratamento para a IU. Também sugere que esta necessidade existe em todos os grupos socioeconômicos e em todas as idades, a partir dos 45 anos, pelo menos.

Por outro lado, no que diz respeito à assistência em saúde, a IU tem sido identificada em grande escala, nas diversas populações, e representa atualmente um dos maiores desafios dos profissionais responsáveis pela saúde da mulher. Diante da resistência de muitas pacientes aos procedimentos cirúrgicos invasivos, abre-se espaço para o profissional fisioterapeuta e seus métodos especializados de tratamento (RAMOS; DONADEL; PASSOS, 2006).

Embora a IU não coloque diretamente a vida das pessoas em risco, é uma condição que pode trazer sérias implicações orgânicas, sociais, psicológicas e econômicas, afetando adversamente a qualidade de vida, uma vez que apresenta relação com a percepção subjetiva dos indivíduos que vivenciam esta condição (RETT et al., 2007). Tal percepção, em meu entendimento, tem um impacto muito mais avassalador quando a incontinência é sofrida **pela mulher**, uma vez que o constrangimento causado dificulta a abordagem do tema com os profissionais da saúde e acaba gerando um problema crônico, sem perspectivas de mudança.

Dentre os vários fatores de risco citados para a IU feminina, podemos destacar: idade avançada, obesidade, multiparidade, parto vaginal associado a lesões ou traumas, menopausa, cirurgias ginecológicas prévias, constipação intestinal, tabagismo, uso de alguns medicamentos e exercício físico vigoroso (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Além destes, os estudos de Bo (2004) e Berghmans (2006) apontam outros fatores de risco: ser atleta de elite, principalmente quando o esporte praticado envolve atividades de alto impacto e, ainda, a presença de enfermidades crônicas, como a Diabetes Mellitus. Os fatores de risco ou fatores associados deveriam ser investigados de maneira mais rigorosa, de forma a respaldar e propiciar ações de grande impacto na promoção e prevenção da saúde da mulher (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Quanto às repercussões causadas pela IU na saúde das mulheres, um estudo realizado em Campinas/SP, com 164 mulheres apresentando queixa de perda urinária, mostrou que a principal restrição referida pelas mulheres com incontinência urinária mista e de esforço foi relativa à atividade sexual. A maioria das mulheres incontinentes entrevistadas citou a interferência da IU na vida sexual e a restrição na atividade sexual era causada por vários fatores, como: perder urina, sentir dor durante a relação, não sentir prazer ou desejo em ter relação, diminuir ou evitar a atividade sexual, necessitar interromper a relação para urinar e sentir vontade de urinar durante a relação sexual (LOPES; HIGA, 2006).

Segundo Baracho (2007), a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico tem mostrado um efeito positivo na vida sexual da mulher, pois além da melhora da incontinência urinária, as usuárias relatam melhora do desejo sexual, da *performance* durante o coito e do orgasmo.

Em relação aos aspectos educacionais relacionados à aprendizagem da abordagem à mulher, em profissões da área da saúde, principalmente a medicina e a enfermagem, estudos apontam que os acadêmicos, de um modo geral, relatam muitas dificuldades, tanto ao formular questionamentos que envolvam a sexualidade, quanto ao realizar o exame físico ginecológico (ARAGÃO et al., 2009; PEREIRA, 2009; HENDERSON, JOHNSON, 2002). Enquanto fisioterapeuta docente, ao iniciar o Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, percebi que o processo de formação profissional da fisioterapia uroginecológica necessitava de uma reflexão profunda, sob o ponto de vista dos próprios acadêmicos envolvidos.

Para contextualizar melhor a problemática que me impulsionou a estudar o tema, procurei situar minha trajetória como profissional fisioterapeuta. Creio que este exercício facilita a compreensão das inquietações que surgiram no decorrer da vivência e atuação em fisioterapia uroginecológica.

1.1 A INSERÇÃO DA PESQUISADORA NO PROBLEMA DE PESQUISA

Ao cursar a graduação em fisioterapia, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/RS, no início dos anos 1990, fiquei profundamente sensibilizada com a especialidade que se direcionava à assistência à saúde da mulher, pois já havia, na época, o desenvolvimento de trabalhos na área e o reconhecimento dos profissionais da saúde quanto à atuação da fisioterapia com gestantes e puérperas, no Hospital Universitário da referida instituição.

Outro fator relevante e que contribuiu para meu interesse pelo tema foi perceber o engajamento da fisioterapia na reabilitação de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que sofriam cirurgias mutiladoras. Naquele período, este tipo de atenção, a fisioterapia ginecológica, estava apenas iniciando, mas era possível perceber a relevância dos cuidados no pré e pós-operatório.

Por outro lado, a atuação da fisioterapia na IU era algo distante da nossa prática na UFSM, uma vez que não havia literatura focal e especializada na área. A única publicação de que dispúnhamos era uma edição inglesa das fisioterapeutas Margareth Polden e Janet Mantle, de 1993, que era a primeira a abordar a situação da fisioterapia obstétrica e ginecológica. Ressalto, ademais, que tal publicação era voltada à experiência britânica, portanto, bastante distanciada do exercício profissional desenvolvido na realidade brasileira.

Sumarizando essa fase, destaco que a minha formação acadêmica finalizou em 1994 e a matriz curricular do curso não contemplava o tratamento fisioterápico da IU; por conseguinte, não tive contato com a fisioterapia uroginecológica durante o processo de aprendizagem formal na graduação, seja em sala de aula ou nos estágios que envolviam assistência à mulher.

Em 1997, já formada, fui convidada a substituir a professora responsável pela disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), em Florianópolis/SC e, no ano seguinte, assumi a supervisão de estágio na área, em uma maternidade pública da capital, conveniada com a UDESC. Em face desta nova circunstância profissional, a necessidade de aprofundar meus conhecimentos tornou-se primordial para lidar com esta questão e, desde então, tenho descoberto a imensa demanda que envolve a fisioterapia uroginecológica, seja no que se refere à assistência fisioterápica propriamente dita, seja no que diz respeito ao preparo técnico dos acadêmicos de graduação.

De modo particular, de 2001 a 2009, fui responsável pela supervisão de Estágio Curricular Supervisionado (ECS) em Fisioterapia, na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e comecei a compartilhar a experiência de supervisionar a assistência fisioterápica na IU feminina. Afortunadamente, em 2002, foi publicado em português o livro de autoria dos franceses Dominique Grosse e Jean Sengler, que abordava este tema de forma específica e aprofundada, permitindo, então, melhor acesso dos alunos e profissionais à temática, assim como a possibilidade mais concreta de atuação fisioterápica a essas mulheres, garantindo-se os devidos ajustes à realidade brasileira.

Para melhor compreensão do contexto atual da fisioterapia uroginecológica, considero oportuno assinalar algumas passagens históricas que contribuíram para a especialidade da fisioterapia na saúde da mulher. Em 1886, Dame Rosalind Paget, enfermeira e parteira, interessou-se por uma nova terapia, denominada “massagem sueca”, e após estudos, ajudou a formar a Sociedade de Massagistas do Reino Unido. Após este período, em 1895, tornou-se Presidente do Conselho desta Sociedade, auxiliando no desenvolvimento do grupo que, mais tarde, passou a chamar-se Sociedade Licenciada de Fisioterapia (POLDEN; MANTLE, 2002).

Em 1912, outra fisioterapeuta com formação prévia em enfermagem e obstetrícia, Minnie Randall, incentivada pelo obstetra chefe do *St. Thomas Hospital*, em Londres, planejou um sistema de exercícios para mulheres após o parto, que logo em seguida evoluiu para orientação pré-natal, preconizando ações preventivas para gestantes (POLDEN; MANTLE, 2002).

Nos anos 1940, a fisioterapeuta Helen Heardman foi responsável por associar técnicas de relaxamento, respiração e educação para o nascimento. Juntamente com outros fisioterapeutas interessados neste campo, criou a Associação Obstétrica de Fisioterapeutas Licenciados do Reino Unido (POLDEN; MANTLE, 2002). Após este período, muitas mudanças têm ocorrido na fisioterapia obstétrica e no campo da obstetrícia, provocando interesse de muitos fisioterapeutas em adicionar suas habilidades à especialidade que agora inclui a ginecologia e o tratamento da incontinência urinária.

Em relação aos estudos disponíveis sobre problemas do assoalho pélvico, o mais importante foi de responsabilidade do ginecologista californiano Arnold Kegel que, em 1948, compreendeu a importância dessa musculatura nas incontinências e nos prolapso genitais, mas, na ocasião, poucos terapeutas deram valor ao estudo. Somente na década de 70 o assunto foi retomado, através de trabalhos

de Magnus Fall sobre a estimulação elétrica na reeducação perineal (GROSSE; SENGLER, 2002).

Na França, as técnicas de reeducação perineal ganharam destaque, sendo introduzidas por Alain Bourcier; além disso, este país organizou o primeiro curso na área, em 1980. De acordo com Grosse e Sengler (2002), a princípio, o trabalho era confidencial e somente após alguns anos foi reconhecido pelos órgãos de previdência social.

No Brasil, a fisioterapia passou por dois momentos distintos: primeiro, a organização dos centros de reabilitação e dos cursos de formação em nível técnico; segundo, a busca dos profissionais em aperfeiçoar conhecimentos e a conquista da autonomia profissional, ocorrida em 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, que reconheceu a fisioterapia como profissão de nível superior (PETRI, 2006; NASCIMENTO et al., 2006). A fisioterapia aplicada à obstetrícia passou a ser disciplina obrigatória nos cursos de graduação somente em 1985 e a implantação do primeiro serviço ambulatorial ocorreu em 1988, na Maternidade Escola Hilda Brandão em Belo Horizonte/MG (BARACHO, 2002). Na década de 1990 era unânime a opinião quanto à escassez de profissionais especialistas direcionados para a formação de fisioterapeutas nas universidades, de modo que os estudantes frequentemente recebiam uma introdução rudimentar à obstetrícia e ginecologia, além de poucas experiências práticas (BARACHO, 2002).

A primeira fisioterapeuta brasileira a escrever sobre o assunto foi Elza Baracho, publicando seu livro em 1996, mas ainda de maneira superficial em relação à fisioterapia ginecológica. Em 2004 a fisioterapeuta Adriana Moreno desenvolveu um importantíssimo trabalho, enfatizando a especificidade da fisioterapia em uroginecologia na realidade brasileira. Além disso, surgiram ofertas de cursos específicos para esta área, aliado ao desenvolvimento e publicações de pesquisas em nosso país.

A história da abordagem terapêutica da IU evoluiu de maneira gradativa, sendo que nas décadas de quarenta e cinquenta do século passado, a fisioterapia era baseada em exercícios do assoalho pélvico por eletroestimulação, e nas décadas de sessenta e setenta, o tratamento voltou-se para técnicas cirúrgicas e terapia de drogas para o alívio da incontinência. Nos últimos anos, contudo, foi dada cada vez mais atenção à morbidez ligada às cirurgias e as terapias conservadoras tornaram-se mais frequentes (POLDEN; MANTLE, 2002).

Na prática diária do fisioterapeuta habilitado a trabalhar com a reeducação perineal, a avaliação é essencial, indispensável e deve anteceder qualquer orientação ou conduta. Muitas mulheres podem

apresentar resistência ou medo em aceitar essa reeducação, desta maneira, é muito importante estabelecer um clima de confiança, de delicadeza e de afabilidade, pois provavelmente a avaliação será completada somente após algumas sessões, alternando-se com informação e cuidado (GROSSE; SENGLER, 2002). O fisioterapeuta, além de estar qualificado para cuidar de forma individual, também pode ser ativo na educação dos membros da comunidade sobre os mecanismos de incontinência e os possíveis fatores que possam interferir neste mecanismo, visto que a tendência atual é a abordagem integral do indivíduo (OLIVEIRA; RODRIGUES; PAULA, 2007).

Outra questão importante a ser considerada é que fisioterapeutas envolvidos na assistência de disfunção do assoalho pélvico devem estar conscientes e preparados quanto ao tema abuso sexual. Mulheres que sofreram abuso em qualquer etapa de suas vidas podem não sentirem-se confortáveis em verbalizar suas dificuldades e medos. Portanto, o profissional deve ficar atento à linguagem corporal, pois a mesma pode demonstrar desconforto, tensão e respiração irregular, assim como dificuldade em aderir ou em permanecer centrado no tratamento proposto (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004). Os questionamentos são extremamente valiosos e requerem paciência, rigor e experiência. Quando bem conduzidos, geralmente são suficientes para diferenciar uma IUE de uma incontinência por BH, pois mesmo que os sintomas sejam complexos, as respostas fornecem subsídios suficientes para identificação do tipo de IU e possibilitam uma visão holística da mulher afetada (GROSSE, SENGLER, 2002; MORENO, 2004).

Geralmente, o exame físico é realizado com a mulher em posição ginecológica e compreende o exame geral, o exame uroginecológico e o exame neurológico locorregional. A inspeção visa avaliar o estado da pele e, pelo orifício vaginal, o estado das mucosas, sendo fundamental a verificação da distância anovulvar. A primeira etapa da palpação consiste na avaliação da tonicidade do núcleo fibroso central do períneo e a segunda etapa é imprescindível, pois, através do toque vaginal, a força do músculo elevador do ânus é avaliada (GROSSE, SENGLER, 2002; MORENO, 2004; STEPHENSON, O'CONNOR, 2004).

Quanto à abordagem fisioterapêutica da IU feminina, as condutas aplicadas por profissionais da área de fisioterapia uroginecológica incluem: eletroestimulação intravaginal associada à cinesioterapia, *biofeedback* e *miiofeedback*, tratamento comportamental e utilização de diário miccional e, principalmente, fortalecimento e propriocepção da musculatura do assoalho pélvico, podendo ser

associado ao uso de cones vaginais. Tais cones consistem em pequenas cápsulas de formato anatômico, constituídas de materiais resistentes, com diferentes pesos e que, ao serem introduzidas no canal vaginal, proporcionam o estímulo necessário para contração correta da musculatura citada anteriormente (BARACHO, 2002; BARACHO, 2007; GROSSE, SENGLER, 2002; MORENO, 2004; POLDEN, MANTLE, 2002; STEPHENSON, O'CONNOR, 2004).

Em decorrência de todos os fatores envolvidos na avaliação e no cuidado fisioterápico da IU feminina, incorporada aos currículos de fisioterapia após as reformas dos currículos da área da saúde, que visavam contemplar os preceitos do SUS, expostos até aqui, é possível perceber a complexidade da situação e a sutileza necessária para conduzir a assistência de maneira adequada e satisfatória para ambos, terapeuta e mulher portadora de IU. Neste sentido, a formação do profissional necessita ser colocada em foco, pois entendo que este processo influencia diretamente nas condutas e competências que o fisioterapeuta irá colocar em prática, futuramente, no desempenho do exercício profissional.

1.2 A QUESTÃO-PROBLEMA NO CONTEXTO DO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação profissional do fisioterapeuta deve conduzir os acadêmicos de fisioterapia para o enfrentamento desta realidade. De modo mais específico, as competências a serem adquiridas durante o processo formal de aprendizagem do aluno, nas universidades, têm sido incentivadas e propostas, por meio de aulas teóricas, aulas práticas e dos Estágios Curriculares Supervisionados (ECSs).

Em relação ao processo de aprendizagem da assistência fisioterápica à mulher com IU na UNIVALI, a iniciação ocorre no **sexto período** do curso, onde os acadêmicos frequentam a disciplina Fisioterapia Uroginecológica. Nesta disciplina, após um momento preparatório de aulas teóricas, os alunos ingressam na Clínica de Fisioterapia, com o intuito de iniciar a prática da abordagem fisioterápica da IU feminina. As estratégias utilizadas nas aulas práticas, pela docente da disciplina, incluem, primeiramente, o treinamento de técnicas de realização do exame físico uroginecológico, em moldes de silicone de pelvis femininas. Este treinamento é feito em laboratório específico e a partir dos conhecimentos teóricos já adquiridos em sala de aula. Logo em seguida, a docente propõe a aplicação destas técnicas entre os próprios colegas.

Neste sentido, as aulas práticas da disciplina Fisioterapia Uroginecológica despertam muita ansiedade, pois os acadêmicos demonstram constrangimento para realizar as condutas específicas do exame ginecológico entre os pares. Em razão disso, solicitam que as atividades práticas sejam iniciadas diretamente com as mulheres incontinentes encaminhadas à Clínica de Fisioterapia da UNIVALI, necessitando domínio das habilidades necessárias. À princípio, os acadêmicos do sexto período iniciam contato com as clientes da Clínica em pequenos grupos, sob orientação direta da docente da disciplina.

Embora os acadêmicos entendam que podem “resolver” e ultrapassar a situação constrangedora de aprender as técnicas específicas da fisioterapia uroginecológica com seus pares, o fato de encontrarem-se em situação terapêutica com a demanda de mulheres com problemas de IU não diminui a complexidade envolvida no enfrentamento da questão.

Vencida a etapa do processo de iniciação da aprendizagem da assistência à mulher com IU, no sexto período, os acadêmicos passam à etapa seguinte, no **sétimo período**, quando desenvolvem atividades curriculares na disciplina ECS em Fisioterapia. Neste momento, os estagiários realizam a assistência à mulher portadora de IU, com autonomia e de forma individual. Neste ECS, exerci a função de docente supervisora, até junho de 2009. Depois desta data, até o final do trabalho de pesquisa que resultou nesta Dissertação, atuei como colaboradora, enquanto desempenhava a dupla função de docente e pesquisadora.

As diretrizes curriculares nacionais de graduação em fisioterapia definem que o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente, deve estar garantido na formação do fisioterapeuta, respeitando a carga horária mínima de 20% do total do curso e assegurando a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação (BRASIL, 2002).

Segundo a Lei nº 11.788/2008, o estágio em instituição de educação superior faz parte do projeto pedagógico do curso, podendo ser obrigatório ou não-obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares, sendo definido como obrigatório aquele cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma. O estágio, como ato educativo supervisionado, deverá ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente. Além disso, a jornada de atividade em estágio em cursos que alternam teoria e prática poderá ter até 40 (quarenta) horas semanais (BRASIL, 2008).

A Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE) estabelece que as diretrizes curriculares devem

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, ou seja, aprender a ser. Desta forma, os profissionais capacitados terão autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2002).

De acordo com Bonini-Rocha (2008), a transdisciplinariedade no ensino é uma ação de liberdade do pensamento, que gera criatividade, fluência, flexibilidade e originalidade, e que pode preparar o egresso para um futuro que é incerto. Essa consciência de incompletude dá uma postura mais flexível, mais humilde, mais crítica frente à realidade onde o profissional se dispõe a intervir. Desta forma, a autora indica que a Fisioterapia precisa de reflexão conceitual da terapêutica contextualizada, a fim de garantir o contato humanista com o paciente e seus familiares.

Piconez (2004), ao realizar uma contextualização histórica do ECS na área da educação, avalia criticamente que o mesmo tem sido dirigido em função de atividades programadas, e não da discussão entre educador-educando, o que não favorece reflexões sobre uma prática criativa e transformadora, e nem possibilita a reconstrução ou redefinição de teorias. Portanto, em sua apreciação, o ECS deve ser articulado com os demais componentes do curso, pois sendo uma atividade teórico-prática, envolve a totalidade das ações do currículo do curso, além de esclarecer e aprofundar a relação dialética prática-teoria-prática.

O Curso de Fisioterapia da UNIVALI, entendendo a necessidade de readequação na formação dos profissionais da saúde, em conformidade com o Ministério da Saúde, vem buscando a transformação do sujeito aprendente, envolvendo-o nos aspectos sociais da realidade, pois considera as necessidades de formação em saúde para a atuação do futuro profissional junto ao SUS. Com esta finalidade, busca avanços e transformações nas concepções de educação (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, 2008). Em face desta missão, o Curso vem promovendo mudanças na sua organização e dinâmica, principalmente quanto à inclusão de atividades práticas desde o primeiro período, até a reformulação do ECS, pois os estágios no sétimo e oitavo períodos passaram a abranger todas as especificidades da fisioterapia em caráter ambulatorial, domiciliar e hospitalar, abordando desde a promoção em saúde, até a reabilitação das diversas disfunções orgânicas (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, 2008).

Para atender ao objetivo geral do ECS, que é o de “[...]”

desenvolver competências, habilidades e atitudes que envolvam uma abordagem integral do indivíduo no processo saúde-doença, a partir de estratégias e recursos fisioterapêuticos” (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, 2008, p. 131), o mesmo é operacionalizado na disciplina do sétimo período do Curso de Graduação, denominada ECS em Fisioterapia². Esta disciplina envolve estágios em todas as áreas de atuação fisioterápica, ou seja, ortopédica e reumatológica, neurológica, cardiopulmonar, pediátrica e uroginecológica/obstétrica. O cenário de prática é composto pela Clínica de Fisioterapia da Universidade, onde os acadêmicos desenvolvem atividades relacionadas a todas as áreas de atuação clínica, conforme citado anteriormente, inclusive a uroginecológica, englobando assistência em nível ambulatorial. Nestas atividades os acadêmicos são sistematicamente acompanhados por um fisioterapeuta docente supervisor para cada área específica, em grupos de, no máximo, 6 acadêmicos.

Desta maneira, o Curso de Fisioterapia da UNIVALI respeita o Decreto 87.497/82, que considera como estágio curricular as atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, oportunizadas ao estudante, proporcionando a participação do mesmo em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizado na comunidade em geral, ou junto a pessoas jurídicas, sob a responsabilidade e coordenação da instituição de ensino. Além disso, respeita a Resolução COFFITO-153, que trata da relação preceptor/acadêmico em estágio curricular de fisioterapia (BRASIL, 1982; CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1993; CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO, 2005).

Ao longo da experiência profissional na supervisão de estágio, há algum tempo, eu vinha observando que os acadêmicos, ao se depararem com uma situação totalmente diferenciada das vivenciadas até o sexto período do curso, aparentavam medo de intervir, insegurança, angústia, ansiedade e constrangimento na assistência à mulher com IU, e isso, de alguma forma, interferia diretamente na assistência fisioterápica prestada. Soma-se a essa problemática o fato de que as técnicas de avaliação da IU feminina e de reeducação perineal são muito recentes na prática diária do fisioterapeuta; apenas em 2002 foi traduzido do francês o primeiro material didático específico sobre

² O ECS em Fisioterapia corresponde ao Estágio Curricular Supervisionado estabelecido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (DCNs) (BRASIL, 2002).

reabilitação do assoalho pélvico e somente em 2004 é que foi publicado o primeiro livro brasileiro sobre fisioterapia em uroginecologia, o que revela o ainda titubeante processo de aprendizagem em estratégias seguras para a condução da avaliação e intervenção terapêutica em Fisioterapia, nesta área, embora estudos sobre estes aspectos venham aumentando paulatinamente (FISCHER-SGROTT, MANFFRA, BUSATO JUNIOR, 2009; RETT et al., 2007; YATES, ROCHESTER, 2007).

Penso que outros fatores também precisavam ser reconhecidos e considerados, como é o caso da inabilidade do próprio aluno de graduação em lidar com a complexidade envolvida nesta prática (imersa em valores que envolvem a sexualidade), assim como a falta de um plano de estágio seguro e competente, que seja pautado em discussões coletivas e que, desta maneira, ajude a gerar mudanças nesta prática pedagógica.

Diante de todo este contexto e, à medida que aprofundava, a cada dia, as inquietações que me moviam como fisioterapeuta e docente, tive muita clareza de que algo consistente necessitava ser feito para contribuir na superação deste problema, focalizado diretamente no processo de formação de futuros fisioterapeutas na área de uroginecologia. Vislumbrei, então, neste mestrado, a possibilidade de realizar um estudo que tivesse duplo objetivo, ou seja, identificar, com o devido rigor teórico-metodológico, de que modo os alunos efetivamente visualizam o processo de aprendizagem da assistência à mulher com IU, como parte de seu processo curricular e, ao mesmo tempo, oportunizar um processo dialógico com os acadêmicos do sexto e sétimo períodos do curso de fisioterapia, para que, juntos, conseguíssemos refletir sobre esta temática e propor um modo coletivo de superar os problemas relacionados com o ensino da assistência fisioterápica à mulher portadora de IU, visando a transformação da realidade.

Em vista disso, a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) revelou-se como uma modalidade apropriada para a situação apresentada, uma vez que a mesma requer participação ativa dos sujeitos no processo, e está orientada para resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças. Segundo Trentini e Paim (2004), o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo, neste caso a aprendizagem da assistência fisioterápica à mulher portadora de IU pelos acadêmicos, para a renovação das práticas pedagógicas na fisioterapia uroginecológica.

De acordo com Freire (2002), a reflexão crítica sobre a prática

se torna uma exigência da relação teoria-prática sem a qual a teoria pode se transformar em “demagogia” e a prática, ativismo. Deste modo, pode-se considerar que quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender, tanto mais se constrói e se desenvolve o que o autor chama de “curiosidade epistemológica”.

Considero estas colocações oportunas, pois o grupo de acadêmicos com o qual compartilhei esta experiência, assim como tantos outros grupos que irão vivenciar o processo no futuro, precisa “manter acesa a chama” da criatividade, da curiosidade, da inquietude e da persistência. As condições de verdadeira aprendizagem permitem aos educandos transformarem-se em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo; deve-se considerar que nesta visão, o ser humano relaciona-se com dois mundos: da natureza e da cultura, e que, a ligação de cada sujeito ao seu mundo, seus valores, saberes e problemas é valorizada (FREIRE, 2002; BOEHS et al., 2007).

Diante da situação exposta, o Curso e a Clínica de Fisioterapia da UNIVALI ofereceram as condições necessárias para a dialogicidade entre os acadêmicos, intermediada por mim, enquanto docente colaboradora-pesquisadora, na certeza de ter proporcionado reflexões acerca do universo feminino em relação à fisioterapia na IU e suas implicações na vida cotidiana, além de ter colocado em pauta discussões sobre mitos, tabus e resistências dos sujeitos perante o assunto em questão.

Através deste estudo, planejando e facilitando atividades educativas em grupo, guiadas pela proposta do pedagogo Paulo Freire, foi possível buscar soluções para as inquietações relatadas anteriormente. Creio que o fisioterapeuta, assim como outros profissionais da saúde, pode considerar o seu local de prática assistencial como “celeiro” no qual a pesquisa busca “grãos” para semear, utilizando-se do desenho da PCA (FREIRE, 2005; TRENTINI, PAIM, 2004).

Com a intenção de contribuir na reflexão e reconstrução do processo ensino-aprendizagem da fisioterapia uroginecológica, sob a ótica dos acadêmicos do curso de fisioterapia, vislumbrei o fortalecimento destes sujeitos para a superação das barreiras e obstáculos inerentes ao exercício da profissão. Desta maneira, considerando esses acadêmicos como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem da fisioterapia uroginecológica e eu, como docente colaboradora-pesquisadora nesta área, portanto, como facilitadora e corresponsável desta proposta, realizei uma PCA que visou responder às

seguintes questões: **1) Quais as dificuldades que os acadêmicos de fisioterapia possuem na aprendizagem da assistência à mulher com incontinência urinária? 2) Quais os caminhos que os acadêmicos de fisioterapia sugerem para superar as dificuldades apresentadas?**

Este estudo teve por objetivos: **1) compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia durante a aprendizagem da assistência à mulher com incontinência urinária; 2) construir estratégias conjuntas com os acadêmicos de fisioterapia para a superação das dificuldades apresentadas.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é apresentada na forma de artigo, conforme a Resolução 06/PEN/2009, que dispõe sobre a apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O artigo intitulado **“Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos”** apresenta uma revisão de literatura e será submetido ao Periódico Revista de Saúde Pública (cujas normas de submissão encontram-se no **Anexo A**). Este periódico está classificado pelo sistema Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como A1.

2.1 ARTIGO — INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS QUALITATIVOS

Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos

Female urinary incontinence: systematic review of qualitative studies

Título resumido: Incontinência urinária feminina

Cilene Volkmer^I

Marisa Monticelli^{II}

Kenya Schmidt Reibnitz^{II}

^I Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
Florianópolis, SC, Brasil.

^{II} Departamento de Enfermagem. UFSC. Florianópolis,
SC, Brasil.

Correspondência:

Cilene Volkmer

R. Duarte Schutel, 215/201 – Centro

88015-640 Florianópolis, SC, Brasil.

e-mail: cilenev@gmail.com

(48) 3209 7012

Pesquisa subsidiada pela CAPES, sob forma de bolsa de estudos. Artigo baseado na Dissertação de Mestrado de C Volkmer, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2010.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

RESUMO

Revisão sistemática com objetivo de analisar os resultados das pesquisas qualitativas sobre incontinência urinária feminina, desde o início das publicações sobre a temática, até o ano de 2009. Após busca eletrônica identificaram-se 53 estudos, sendo que 30 atenderam aos critérios de exclusão e inclusão. Após classificação segundo o *Critical Appraisal Skills Programme*, 13 constituíram o corpus analítico da revisão. Os dados foram sintetizados pela abordagem metaetnográfica, através do *Reciprocal Translation*. Duas categorias emergiram dos estudos: experiências de vida de mulheres incontinentes e proposta de modelos para

assistência a mulheres incontinentes. A metacategoria reestruturação da vida pessoal aponta para os ajustes individuais necessários para lidar com o problema. Os resultados indicam a opção da maioria das mulheres em enfrentar a perda de urina “silenciosamente” e apontam para a necessidade dos profissionais conhecerem as percepções das famílias, para melhor compreensão das implicações pessoais, familiares e sociais envolvidas na incontinência urinária feminina.

DESCRIPTORES: Incontinência Urinária. Saúde da Mulher. Feminina. Literatura de Revisão como Assunto. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This is a systematic review seeking to analyze results of qualitative research concerning female urinary incontinence from the beginning of publication until 2009. After an electronic search, 53 studies were identified with 30 attending the exclusion and inclusion criteria. After classification according to the Critical Appraisal Skills Programme, 13 constituted the review's analytical body. The data was synthesized according to the meta-ethnographical approach through Reciprocal Translation. Two categories emerged: life experiences among

incontinent women; and proposals for care models for incontinent women. The metacategorical restructure of one's personal life points to individual adjustments necessary for dealing with the problem. The results indicate the option that the majority of these women face the loss of urine "silently" and point out the need for professionals to understand family perceptions in order to better comprehend the personal, familiar, and social implications involved with female urinary incontinence.

DESCRIPTORS: Urinary Incontinence. Women's Health. Female. Review Literature as Topic. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) feminina tem suscitado interesse redobrado dos profissionais da saúde, em decorrência dos múltiplos fatores e consequências relacionadas a essa condição. Independente do tipo de IU apresentado, os profissionais que atuam na atenção à saúde da mulher têm se preocupado em incrementar a qualidade de vida das mulheres incontinentes, face às repercussões sociais que esta condição acarreta no viver feminino,

embaraçando seu desempenho no trabalho, na vida doméstica e nas relações afetivas e sexuais. Diante de tal contexto, acreditamos que o conhecimento sobre o estado da arte das produções científicas relacionadas à IU pode auxiliar na assistência a essas mulheres.

As publicações científicas sobre IU feminina têm sido frequentes nas últimas décadas, entretanto, a maioria da literatura aborda e analisa estudos quantitativos, por meio de revisões sistemáticas,^{9,10,11,16,25,28,29,44,45,47} ou mesmo não sistemáticas.^{5,7,8,17,19,22,31,32,35,36,39,42,43,50} Tais revisões incluem estudos conduzidos com abordagens quantitativas variadas e por diferentes profissionais ligados à área.

Os estudos quantitativos buscam o rigor da reprodutibilidade dos resultados através da mensuração das variáveis, mas restringem a realidade, principalmente por não almejarem a compreensão dos fenômenos sociais.³⁸ Esta compreensão, contudo, é imprescindível para colocar em foco as subjetividades que são inerentes aos processos de interação e significação social, portanto, diante do objeto que aqui se estrutura, para compreender as perspectivas da IU sob o ângulo das próprias mulheres incontinentes.

Com relação às revisões sistemáticas qualitativas, observamos a publicação de três estudos. Um deles foi identificado pelos autores como “qualitative review of the literature”,²⁸ porém, interpretamos que se trata de revisão de estudos quantitativos, realizados em 5 países da Europa. O segundo, realizado por Sublett,⁴⁹ trata-se de avaliação qualitativa, mas analisa apenas duas pesquisas. O terceiro, a única publicação brasileira, realizado por Higa et al,³⁰ focalizou significados psicoculturais da incontinência, abordando as vivências de mulheres idosas incontinentes, através de suas narrativas. Os artigos foram selecionados por opção metodológica dos autores, não seguindo, portanto, protocolo sistematizado de avaliação crítica. Além disso, não abrangeu os periódicos da área de fisioterapia. Como foi publicada em 2008, não considerou no corpus analítico as publicações qualitativas de 2008 e 2009.

Assim, justifica-se o presente estudo, que está pautado pela seguinte pergunta: quais os resultados obtidos nas pesquisas qualitativas publicadas sobre a IU feminina? O objetivo foi realizar uma revisão sistemática envolvendo os resultados das pesquisas qualitativas publicadas sobre a IU feminina.

METODOLOGIA

Foi realizada revisão sistemática com o intuito de sintetizar estudos qualitativos. De acordo com Noblit e Hare,⁴¹ trata-se de uma metaetnografia. O estudo desenvolveu forma indutiva e interpretativa da síntese do conhecimento na área de interesse e seguiu as três fases utilizadas por Espíndola e Blay²³: revisão sistemática da literatura, análise crítica dos artigos selecionados e metassíntese.

A investigação pormenorizada foi realizada nas seguintes bases de dados: MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDENF, ISI Web of Knowledge e SCOPUS. Também foram explorados os periódicos indexados e disponibilizados na SciELO e no Portal da Capes, incluindo os portais de acesso de Revistas Nacionais e Internacionais que publicam estudos qualitativos.

Os critérios utilizados para realizar a busca online envolveram o descritor de assunto *incontinência urinária/urinary incontinence/incontinencia urinaria*, associado às palavras *feminina/female/femenina*, *pesquisa/research/investigación*, *estudo/study/estudio*, *qualitativa/qualitative/cualitativa*. A busca também foi realizada com as palavras *incontinência* e *urinária*,

separadamente, associadas às palavras anteriormente citadas.

Para selecionar os estudos, foram empregados os seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos que abordaram relatos de pesquisa com metodologia qualitativa relacionados à IU feminina, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, e englobando publicações existentes até o ano de 2009. Foram excluídos: os estudos com abordagem quantitativa ou abordagem mista (quantitativa-qualitativa); aqueles que não eram relatos de pesquisa; os que abordavam IU feminina associada à incontinência fecal, à IU masculina ou à IU infantil, além da IU feminina associada a outras patologias ou aos períodos pré, peri e pós-natal.

Para a avaliação dos estudos foi utilizado o *checklist do Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*, uma vez que o mesmo auxilia na análise crítica de relatos de pesquisa qualitativas, quanto ao rigor, credibilidade e relevância.^{18,23,52} O CASP contempla 10 itens: objetivo claro e justificado; desenho metodológico apropriado; procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; seleção intencional da amostra; coleta de dados descrita; processo de saturação explicitado; relação entre pesquisador e pesquisado; cuidados

éticos; análise fundamentada; resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade; e descrição sobre as contribuições do conhecimento gerado, bem como suas limitações²³, que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre as questões a serem analisadas. Após cada estudo ter sido filtrado pelo *checklist*, foi categorizado em 2 classes (A e B), sendo que na A entraram os estudos com pequeno viés de risco, uma vez que preencheu ao menos nove dos dez itens; e na B, os estudos com viés de risco moderado, ou seja, com pelo menos 5 dos 10 itens atendidos²³.

Para Noblit e Hare,⁴¹ a abordagem metaetnográfica representa a síntese da pesquisa interpretativa, que deve ser escrita pelo desejo de construir adequadas explicações sobre estudos interpretativos. No paradigma interpretativo, qualquer interpretação, metáfora ou tradução é apenas uma leitura do que foi apreendido dos estudos, mostrando que este processo é uma tentativa de dar significado ao objeto de estudo, almejando trazer à luz o princípio fundamental da coerência do significado. Esta abordagem é uma forma de comparação sistemática que envolve *ressignificação* (termo proposto por Espíndola e

Blay²³ para a expressão *translation*) dos resultados dos estudos em um outro estudo.

Na etapa de análise dos estudos classificados foi utilizada a proposta de Noblit e Hare,⁴¹ contemplando as seguintes fases: 1) identificar a área de interesse e definir a pergunta da pesquisa bibliográfica, usando estratégias de busca para seleção dos estudos; 2) descobrir o que é relevante para o estudo e decidir quais critérios serão utilizados para atingir o objetivo da metassíntese; 3) conhecer os estudos selecionados, mediante várias leituras dos mesmos; 4) estabelecer a relação entre os estudos e elaborar um pressuposto inicial; 5) tratar os relatos como analogias, buscando comparação entre semelhanças ou diferenças; 6) sintetizar os resultados, realizando transferências ou ressignificações; e 7) expressar o resultado da síntese da forma mais conveniente. Essas sete fases se sobrepõem e podem ser realizadas paralelamente.

A abordagem metaetnográfica deste estudo procurou sintetizar o âmago das pesquisas qualitativas analisadas através da indução e interpretação, realizando uma tradução por reciprocidade (*reciprocal translation*)⁴¹, ou seja, quando os estudos analisados apresentavam similaridades. Esta escolha auxiliou no

processo de compreensão e transferência de conceitos e ideias encontrados nos diversos estudos, capturando a especificidade de cada um e culminando na redução dos relatos, preservando o significado dos mesmos em uma nova interpretação.

A busca eletrônica foi finalizada em dezembro de 2009, resultando na identificação de 53 relatos de pesquisa, que foram selecionados primeiramente pelo título, em seguida, pela leitura do resumo, e então, pela leitura na íntegra. Após esta etapa, observamos que 30 estudos atenderam aos critérios de inclusão. A segunda etapa consistiu na avaliação da qualidade destes 30 estudos, mediante a utilização do *checklist* do CASP e da classificação em categorias. Como resultado desta última etapa, obtivemos dois estudos classificados como A e onze como B, totalizando, portanto, o corpus analítico de treze estudos.

RESULTADOS

Os treze estudos analisados pelo CASP¹⁸ estão listados e caracterizados na Tabela 1.

Os resultados de todos os artigos pesquisados, mediante o *reciprocal translation*, convergiram para duas

categorias: experiências de vida de mulheres incontinentes e proposta de modelos para a assistência.

Experiências de vida de mulheres incontinentes

As experiências das mulheres participantes dos estudos foram organizadas em três subcategorias: dificuldades encontradas para lidar com a IU, ciclo experiencial e modos de enfrentamento.

A. Dificuldades encontradas para lidar com a IU

A síntese dos estudos analisados revelou as dificuldades que as mulheres com IU encontram no dia-a-dia, com ênfase em:

Sentimentos negativos – os mais recorrentes foram vergonha, embaraço, constrangimento, sensação de voltar à infância e medo de exalar cheiro de urina. O constrangimento e a vergonha foram citados pelas mulheres devido ao fato das mesmas sofrerem perda urinária em locais ou momentos impróprios e à necessidade de abordar esta situação com outras pessoas, principalmente médicos.^{3,4,20}

“Quando a urina flui [...] é como voltar à infância”.³

“[...] embaraçoso se despir em frente a um homem [...] Se for um médico então, pedimos por outro do sexo feminino. Nós ficamos envergonhadas”.⁴

Subestimação do problema – o entendimento de que a IU não era um problema importante foi associado à presença de outras queixas e doenças das mulheres, consideradas mais severas, e que necessitavam de acompanhamento profissional, enquanto o impacto da IU era frequentemente minimizado.^{3,6,20}

“Eu vou lá para falar sobre meus comprimidos para pressão arterial e falar sobre minha bexiga simplesmente parece irrelevante”.⁶

Concepções sobre as causas da IU – as mulheres apresentavam ideias pré-concebidas sobre os fatores que poderiam levar à IU, como o envelhecimento e a inevitável perda do controle urinário, o aumento da frequência urinária e a noctúria, além do enfraquecimento causado pela idade, pelo número de gestações e por partos em idade precoce. Acreditavam que isso fazia parte da vida de todas as mulheres.^{3,4,6,20}

*“Com o envelhecimento, a bexiga torna-se 'cansada' e 'fraca' [...]”.*⁶

*“Eu acho que... isto também é parte da vida”.*³

Acesso ao cuidado profissional – os estudos demonstraram dificuldades de acesso ao sistema de saúde e aos profissionais especializados. Uma das dificuldades relatadas foi o medo de não serem levadas à sério se procurassem ajuda e de que o médico poderia desvalorizar o problema; além disso, relataram que os profissionais não eram diretos ao abordar o assunto da IU, manifestaram preferência em ser acompanhadas por enfermeiras ou fisioterapeutas e as mais jovens exprimiram dificuldade em conseguir tempo para buscar consulta profissional.^{3,4,20}

*“Eles perguntam 'quem você gostaria de ver?' E eu digo 'a enfermeira. Eu não quero falar com o médico'. Enfermeiras são mulheres e têm mais tempo”.*²⁰

Descrença nos tratamentos disponíveis – o descrédito na resolução da perda urinária emergiu nos estudos, através da percepção das mulheres, de que nada ou muito pouco poderia ser feito para melhorar a situação.

Além disso, perceberam que o tipo de tratamento recomendado não era efetivo ou não era corretamente esclarecido, culminando na relutância em implementá-los.^{3,6,20}

*“Elas expressaram descontentamento com a maneira que os exercícios pélvicos foram ensinados, destacando que ninguém tinha realmente mostrado a importância ou os benefícios à longo prazo [...]”.*²⁰

Diferenças culturais – estudos que investigaram mulheres incontinentes vivendo em locais com culturas diferentes do seu local de origem mostraram que o não domínio do idioma acarretava dificuldades na busca de profissionais. Por outro lado, relataram a importância do oferecimento de intérpretes do sexo feminino pelos prestadores de serviço durante as consultas, nos casos em que não dispunham de familiares para acompanhá-las. O medo e a desconfiança de profissionais com crenças religiosas diferentes das mulheres também esteve evidente.^{4,20}

*“Mulheres que não falam sueco têm dificuldades em procurar cuidados de saúde, devido a problemas de comunicação”.*⁴

B. Modos de enfrentamento

Os estudos revelaram que houve variedade nos modos de enfrentar a IU, que iam desde o estabelecimento de estratégias autoreguláveis, busca de ajuda profissional e não tomar nenhuma atitude.^{2,12,13,15}

Autogestão da IU – o fato de muitas mulheres não assumirem a condição de incontinentes as levava ao autocuidado diante das perdas urinárias, utilizando manobras de contenção, na tentativa de manter a normalidade da rotina diária, o que exigia controle e vigilância contínuos, mantendo-se em constante alerta e esforço na luta com a autoimagem.^{2,12}

*“A maioria utiliza mecanismos de contenção, como o uso de absorventes, utilização frequente de banheiros e restrição hídrica”.*¹²

Busca de apoio profissional – as que demonstraram maior interesse em procurar e se submeter a cuidados profissionais foram as mais idosas e as que apresentavam perda de urina há longa data. As mulheres dispostas a procurar ajuda foram mais propensas a contar suas histórias de vida, inclusive sobre a sexualidade, e consideraram que a ajuda profissional melhorou a qualidade de vida.^{2,15}

*“Embora não foram diretamente convidadas a descrever suas experiências com sexualidade e IU [...] algumas que falaram sobre assuntos de sexualidade e intimidade focaram em como as experiências sexuais do passado poderiam ser responsáveis ou estar conectadas com sua IU”.*¹⁵

Pensamentos positivos – algumas mulheres expressaram o sentimento de que, apesar de serem incontinentes, acreditavam em curas futuras, ou que aprenderiam a conviver com esta situação de maneira satisfatória.¹³

“Eu tenho fé que vão desenvolver algo [...] estou esperando o momento quando realmente eu for

*incontinente, que eles tenham alguma coisa a fazer sobre isto”.*¹³

Processo de vitimização – houve relatos de mulheres que enfatizaram que a IU é apenas uma parte na longa história de vida, muitas vezes marcada por problemas de saúde, por abusos sofridos por homens, membros da família e sociedade. Estas mulheres não demonstraram interesse em cuidado profissional e, apesar de conseguirem identificar estratégias de manejo da IU, foram incapazes de tomar atitudes em busca de melhoria ou bem-estar.¹³

*“Suas memórias de IU são dolorosas. Vive com múltiplos problemas de saúde, mas sua narrativa raramente inclui profissionais da saúde. Ao contrário, ela foca em 'abuso' e 'vitimização' [...]”.*¹³

C. Ciclo experiencial

Foi possível observar que três estudos abordaram a experiência dessas mulheres, através de situações e momentos conectados e progressivos, que passamos a denominar “ciclo experiencial”, e que geralmente

envolviam um processo com princípio, desenvolvimento e desfecho em relação à condição de perda urinária, porém, através de diferentes percursos e alternativas.^{21,26,53} Um deles demonstrou que as mulheres estiveram primeiramente em uma situação de vulnerabilidade, que acabou por desencadear sentimentos negativos, mas que, a partir da conscientização da dificuldade vivenciada, buscaram estratégias para controlar o problema. Após conseguirem o controle, passaram a compreender e a aceitar a situação, se familiarizando com as limitações e com as novas necessidades.²⁶

*“[...] o significado da experiência de vida das mulheres com IU é a impotência [...] estar em uma situação vulnerável [...]. Entretanto, mulheres no presente estudo estão se esforçando para o ajuste e para controlar a IU, recuperando o poder”.*²⁶

No entanto, também ficou evidente em outro estudo que algumas mulheres optaram por, em primeiro lugar, compartilhar a situação e tentar se adequar à nova rotina, mas não deixando de se preocupar com a perda urinária e indo em busca de solução, que acarretou na

opção pelo cuidado profissional e na resolução do problema.⁵³

Ainda podemos ressaltar um terceiro estudo, demonstrando que as mulheres incontinentes descreveram o ciclo experiencial em três passos: Controlar a situação, por meio do uso de estratégias, cuidados e planejamento; Aceitar a IU, mediante manutenção do controle adquirido; e Normalizar a situação, quando as restrições passavam a ser consideradas como rotineiras. Ao garantir essa rotina, reduziam a ameaça à autoestima e conduziam a vida normalmente. Estas mulheres optaram por experienciar a IU sem apoio profissional, ao contrário das mulheres dos dois estudos anteriores.²¹

Proposta de modelos para assistência à mulheres incontinentes

Além das experiências das mulheres incontinentes, propostas de modelos de assistência também foram encontradas nos resultados, na tentativa de auxiliar os profissionais de saúde na abordagem deste tema. Estes modelos foram organizados em duas

subcategorias: modelo cultural e modelo comportamental.

A. Modelo cultural

A proposta de desenvolver um modelo cultural teve o intuito de preparar os profissionais para ajudar mulheres incontinentes na definição de suas experiências com a IU. A contribuição para o entendimento de que as percepções das mulheres incontinentes são distintas das percepções dos profissionais surgiu mediante a interpretação das narrativas das mulheres participantes e das representações dos meios de comunicação sobre a IU feminina.¹⁴

O modelo cultural construído pelas mulheres representou uma questão de gênero, pois elas acreditaram que perdiam a “autoridade”, ou o respeito da sociedade, por serem incontinentes, e que a IU era uma condição feminina inevitável, associada à sujeira, impureza, imoralidade e velhice. Por outro lado, o modelo cultural profissional construído pela mídia foi consistente com a compreensão biomédica da IU, ou

seja, de que as mulheres incontinentes são normais, jovens, frescas e limpas.¹⁴

*“[...] as narrativas das mulheres fornecem um método para acomodar semelhanças e diferenças entre modelos leigos e profissionais para a IU feminina”.*¹⁴

B. Modelo comportamental

Um dos estudos realizou entrevistas com mulheres incontinentes guiadas por um modelo embasado na Terapia de Comportamento Geral, o Care-Seeking Behaviour (CSB). O intuito da pesquisa era entender o comportamento por busca de cuidado destas mulheres, aplicando um instrumento que envolvia aspectos psicossociais, condições facilitadoras, fatores clínicos e sóciodemográficos.²⁷ As mulheres exprimiram o desejo de serem ativamente questionadas sobre a IU porque quando os profissionais as abordavam de forma direta, elas se sentiam compreendidas. Ficou evidente que o medo de sofrer humilhação inibiu o comportamento por busca de cuidado e que a utilização do modelo CSB nas consultas de enfermagem pode

auxiliar as enfermeiras a entender e explorar o comportamento destas mulheres.²⁷

*“As mulheres indicaram que o medo de humilhação inibiu-as de procurar ajuda para a IU à longo prazo. [...] incluindo os efeitos desta situação em suas vidas sexuais, e como seu CSB tem sido influenciado negativamente”.*²⁷

Metacategoria: reestruturação da vida pessoal

Na síntese metaetnográfica, o processo indutivo da interpretação dos estudos analisados resultou em categorias, que expressaram analogias referentes a questões levantadas nos referidos estudos. Além disso, surgiu uma nova categoria, denominada metacategoria: Reestruturação da vida pessoal, pois envolveu temas que emergiram, de forma implícita, da análise dos resultados das pesquisas qualitativas.

A IU gera a necessidade de reestruturação da vida pessoal, pois afeta a vida das mulheres de maneira complexa, exigindo que usem estratégias de adaptações na esfera física, além de provocar sentimentos e emoções inusitados. A decisão de tomar ou não alguma

atitude frente ao problema está ligada a experiências anteriores, pessoais ou de pessoas próximas conhecidas, que são responsáveis pelas concepções particulares acerca das causas e tratamentos disponíveis. A mulher passa a viver em função da perda de urina e das implicações que a mesma provoca, muitas vezes optando pelo isolamento social e modificando sua rotina pessoal na tentativa de levar uma vida normal.

Muitas vezes estas alterações dos hábitos de vida acontecem de forma automática, sem envolver reflexões, mas as mulheres acabam se adaptando à nova situação de ser incontinente. Embora a vida esteja reestruturada, isto não significa encontrar a solução para o problema.

DISCUSSÃO

As experiências de mulheres incontinentes participantes dos estudos qualitativos estiveram relacionadas com as dificuldades em lidar com a IU, principalmente quanto ao impacto negativo que esta condição acarreta nas esferas emocional e física, e ainda, quanto à tendência das mulheres em subestimar este problema. Os sentimentos de regressão à infância e

de constrangimento afetam a autoestima das mulheres, que, muitas vezes, preferem não compartilhar o problema e viver em silêncio, resultando em isolamento social.³⁴

Além disso, as concepções sobre as causas da perda urinária, o acesso ao cuidado profissional, a descrença nos tratamentos disponíveis, as diferenças culturais e as limitações impostas foram outros fatores dificultadores que emergiram. Quanto às possíveis causas da IU, segundo Melville et al,³⁷ metade das mulheres estudadas relacionaram o início das perdas urinárias às disfunções do assoalho pélvico ou da bexiga, enquanto outras consideraram que o estilo de vida ou atributos pessoais (estar acima do peso, beber líquido em excesso e esperar muito tempo para urinar), ou ainda, envelhecimento, hereditariedade, medicações, gestações e menopausa também serem responsáveis. A maioria acreditava que a IU era simplesmente uma parte inevitável de ser mulher.

A questão cultural também foi abordada no estudo de Li et al,³³ que retratou as influências das normas culturais chinesas e o estigma social em torno da IU, demonstrando que esta é uma situação considerada humilhante para ser revelada a outros indivíduos.

Mulheres com cultura muçulmana que viviam em países europeus relataram a interferência da IU nas rotinas religiosas, além da crença de que não deveriam abordar este assunto com os maridos, devido ao relevante papel da vergonha nesta cultura, associado ao fato da mesma desencorajar a consulta de mulheres com médicos do sexo masculino.^{46,51}

As experiências das mulheres incontinentes também fazem referência ao modo de enfrentamento da IU e uma das formas mais recorrentes de lidar com o problema foi a autogestão das perdas urinárias. As estratégias próprias para controle da IU estão relacionadas ao uso de absorventes, utilização frequente de banheiros, diminuição da ingesta hídrica e ao fato de deixar de realizar algumas atividades, embora o medo e a preocupação em falhar na escolha e na implementação das estratégias possam aumentar a ansiedade.^{33,40} Os diferentes significados da IU para cada indivíduo acabam determinando formas diferenciadas de autocuidado, muitas vezes com as mulheres desprezando o apoio de profissionais de saúde, pois o sucesso do uso das estratégias pode contribuir para que o problema não seja revelado.³⁰ Deste modo, podemos perceber que a autogestão da IU é motivada por um desejo de viver a

vida tão normalmente quanto possível, à despeito de ser incontinente.⁴⁸

Outra forma de enfrentar a IU foi a busca por apoio profissional, no entanto, o estudo de Skoner e Haylor⁴⁸ mostrou que as mulheres que tomaram esta atitude tiveram o entendimento que os tratamentos invasivos oferecidos pelos médicos eram incongruentes com seus desejos e sugeriram métodos não-invasivos, como exercícios perineais e perda de peso. As mulheres procuravam auxílio profissional ao perceber que seus sintomas eram graves o suficiente para esta atitude,⁴⁶ e relataram dificuldade em compreender a razão dos exercícios perineais e a incapacidade de realizá-los regularmente, ou ainda, em observar os benefícios dos mesmos.⁵¹

O motivo de optarem por não buscar tratamento, mantendo a situação de sofrimento e necessidade de constantes adaptações, pode ser atribuído à desesperança, à depressão e ao constrangimento de ter que compartilhar sua condição com outros indivíduos. O processo de negação e de evitar admitir a condição levam as sofredoras a um desgaste físico e emocional acentuado.⁴⁰ No entanto, mulheres muçulmanas acreditam que a IU é designada por Deus (Allah) e têm

fé que serão curadas por Ele. Confiam na cura do problema, demonstrando expectativas positivas.⁵¹

O modo de vivenciar a IU, mediante um ciclo experiencial, apresentado por mulheres de alguns dos estudos analisados é similar às experiências de mulheres do estudo de MacDonald e Butler³⁴, que iniciaram o processo através da quebra do silêncio em relação à perda urinária. Em seguida, passaram a usar estratégias para enfrentar as dificuldades e a aceitar apoio profissional, buscando melhor qualidade de vida.

A preocupação com a maneira com que profissionais auxiliam mulheres incontinentes trouxe à luz duas propostas de modelos de assistência. Uma delas mostra como o modelo cultural construído pelas mulheres incontinentes difere do modelo profissional construído pela mídia. Skoner e Haylor⁴⁸ também assinalam que as mulheres percebem e lidam com a IU de modo diferente da comunidade médica. Mulheres a normalizam, enquanto os profissionais a medicalizam. As mulheres lidam com a IU dentro de um padrão de normalidade e os profissionais lidam com um padrão de enfermidade.

Do ponto de vista da prevenção da IU feminina, a literatura é quase irrelevante. Contudo, o estudo de

Shamlyan et al⁴⁷ aponta que mudanças no estilo de vida poderiam evitar casos de IU de esforço e que treinamentos de exercícios perineais poderiam evitar episódios de IU em geral. A revisão realizada por Bronstrom e Lose¹⁶ evidencia que as mulheres devem ser encorajadas a realizar exercícios perineais de forma regular, tanto para prevenção, quanto para tratamento.

Consideramos as seguintes limitações na elaboração desta revisão: a delimitação dos idiomas (inglês, português e espanhol) de busca pode ter eliminado algumas pesquisas na área de interesse; a exclusão de trabalhos não indexados, como capítulos de livros e teses e/ou dissertações, também pode ter implicado no número de estudos analisados; os estudos encontrados e analisados não consideravam as percepções dos familiares, nem a dos profissionais envolvidos, limitando os achados aos significados da IU para as mulheres incontinentes. Em relação aos aspectos positivos, ficou evidente que a utilização do CASP¹⁸ para a avaliação crítica metodológica possibilitou o rigor e a credibilidade necessários para a revisão sistemática de estudos qualitativos.

Em síntese, os resultados obtidos nas pesquisas qualitativas publicadas sobre IU feminina mostram que

as mulheres incontinentes apresentam similaridades em relação à percepção da IU, pois encontram dificuldades em lidar com a mesma, apresentam modos de enfrentamento e vivenciam um ciclo experiencial complexo. Além disso, observamos a preocupação de pesquisadores envolvidos em dois estudos em apresentar propostas de modelos de assistência à mulheres incontinentes. Os estudos ainda indicam distância entre a vivência das mulheres em relação à família e à sociedade, pois preferem enfrentar o problema sozinhas e, muitas vezes, adotando a “tática do silêncio”. Desta forma, os resultados apontam para a necessidade de conhecimento acerca das percepções dos familiares e dos profissionais envolvidos no cuidado à mulher incontinente, com o intuito de melhorar o entendimento das consequências pessoais, familiares e sociais desta condição.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology*. 2003; 61(10):37- 49.

2. Abreu NS, Baracho ER, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev Bras Fisioter.* 2007; 11(6):429-436.
3. Andersson G, Johansson JE, Nilsson K, Sahlberg-Blom E. Accepting and adjusting: older women's experiences of living with urinary incontinence. *Urol Nurs.* 2008; 28(2):115-21.
4. Andersson G, Johansson JE, Nilsson K, Sahlberg-Blom E. Perceptions of urinary incontinence among syrian christian women living in Sweden. *J Transcult Nurs.* 2009; 20(3):296-303.
5. Barros J D, Lucena ACT de, Anselmo CWSF. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. *An Fac Med Univ Fed Pernamb.* 2007; 52(2):173-180. Acesso em: novembro de 2009. Disponível em: <http://www.anaisdemedicina.revistaonline.org/_Arquivo.aspx/artigo/236/_Caminho/236.pdf>
6. Basu M, Duckett JR. Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG.* 2009; 116(5):726-30.
7. Bates F. Assessment of the female patient with urinary incontinence. *Urol Nurs.* 2002; 22(5): 305-10, 312-4.
8. Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp.* 2006; 30(2):110-22.
9. Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, Van Waalwijk Van Doorn ES, Bø K, Van Kerrebroeck PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int.* 2000; 85(3):254-63.
10. Bø K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med.* 2004; 34(7): 451-64.
11. Bø K, Morkved S, Frawley H, Sherburn M. Evidence

- for benefit of transversus abdominis training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary incontinence: a systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2009; 28:368–373.
12. Borba AMC de, Lelis MA dos S, Bretas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(3):527-535.
 13. Bradway C. Women's narratives of long-term urinary incontinence. *Urol Nurs*. 2005; 25(5):337-344.
 14. Bradway C, Barg F. Developing a cultural model for long-term female urinary incontinence. *Soc Sci Med*. 2006; 63(12):3150-3161.
 15. Bradway C, Strumpf N. Seeking care: women's narratives concerning long-term urinary incontinence. *Urol Nurs*. 2008; 28(2):123-129.
 16. Brostrøm S, Lose G. Pelvic floor muscle training in the prevention and treatment of urinary incontinence in women - what is the evidence? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008; 87(4):384-402.
 17. Caetano AS, Tavares M da CGCF, Lopes MHB de M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Rev Bras Med Esporte*. 2007; 13(4):270-274.
 18. CASP. Critical Appraisal Skills Programme. Making sense of evidence. Milton Keynes Primary Care Trust. 2002. Disponível em: < http://www.chsrf.ca/kte_docs/casp_qualitative_tool.pdf > Acessado em: outubro de 2009.
 19. Cerqueira FS, Rezende LF de. Atuação da fisioterapia na melhora da qualidade de vida da mulher no climatério e menopausa. *Femina*. 2002; 30(7):477-479.
 20. Doshani A, Pitchforth E, Mayne CJ, Tincello DG. Culturally sensitive continence care: a qualitative

- study among South Asian Indian women in Leicester. *Fam Pract.* 2007; 24(6):585-93.
21. Dowd TT. Discovering older women's experience of urinary incontinence. *Res Nurs Health.* 1991; 14(3):179-86.
 22. Dubbs J. Addressing an urgent need. *Rehab Manage.* 2006; 19(7):32-4, 36-7.
 23. Espíndola CR, Blay SL. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev. Saude Publica.* 2009; 43(4):707-16.
 24. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal. São Paulo: Manole; 2002.
 25. Guerra, M. Urinary incontinence in the elite woman athlete [Spanish]. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2006; 9(2):78-89.
 26. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs.* 2007; 16(10):1946-54.
 27. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci.* 2007; 21(3):305-312.
 28. Hampel C, Artibani W, Espuña Pons M, Haab F, Jackson S, Romero J, et al. Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: a qualitative review of the literature. *Eur Urol.* 2004; 46(1):15-27.
 29. Higa R, Lopes MHB de M, Reis MJ dos. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1):187-192.
 30. Higa R, Lopes MHB de M, Turato ER. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. *Rev Latinoam Enferm.* 2008; 16(4):779-786.

31. Igual Camacho C, Valverde Gill D, López Bueno L, Sánchez Frutos J. Physiotherapy in urinary incontinence in the woman [Spanish]. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2003; 6(1): 50-54.
32. Klüber L, Moriguchi EH, Cruz IBM da. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev Med PUCRS*. 2002; 12(3):243-249.
33. Li FLW, Low LPL, Lee DTF. Coping with stress incontinence: women's experiences of everyday inconveniences. *Int J Urol Nurs*. 2007; 1(3):112-9.
34. MacDonald CD, Butler L. Silent no more: elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care. *J Gerontol Nurs*, v. 33, n. 1, p. 14-20, jan. 2007.
35. Meadows E. Physical therapy for older adults with urinary incontinence. *Top Geriatr Rehabil*. 2000; 16(1):22-32.
36. Meldaña Sánchez A. Physiotherapy in women who are candidates for surgery due to stress urinary incontinence: analysis and proposal [Spanish]. *Fisioterapia (Madr.)*. 2004; 26(5):303-309.
37. Melville JL, Wagner LE, Fan M, Katon WJ, Newton KM. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *J Womens Health (Larchmt.)*. 2008 Sep; 17 (7): 1093-8.
38. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
39. Moore KN, Paul P. A historical review of selected nursing and medical literature on urinary incontinence between 1850 and 1976. *Journal of WOCN*. 1997; 24(2):106-122.
40. Nicolson P, Kopp Z, Chapple CR, Kelleher C. It's just the worry about not being able to control it! A

- qualitative study of living with overactive bladder. *Br J Health Psychol.*, 2008 May;13(Pt 2): 343-59.
41. Noblit GW, Hare RD. Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. Volume 11. Série Qualitative Research Methods. Newbury Park: Sage; 1988.
 42. Rantell A, Vosloo R. Managing urinary incontinence in women. *Nurs Pract.* 2008; 19(5):235.
 43. Rett MT, Vale JR do, Andrade CF de, Simões JA. Abordagem fisioterápica no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Femina.* 2008; 36(4):209-214.
 44. Roe B, Milne J, Ostaszkievicz J, Wallace. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings on theory and methods using metastudy techniques.S. *J Adv Nurs.* 2007; 57(1):3-14.
 45. Roe B, Milne J, Ostaszkievicz J, Wallace. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of from data analysis and outcomes using metastudy techniques. *J Adv Nurs.* 2007 ; 57(1):15-31.
 46. Sange C, Thomas L, Lyons C, Hill S. Urinary incontinence in Muslim women. *Nurs Times.* 2008; 104(25):49-52.
 47. Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med.* 2008; 148(6):459-73.
 48. Skoner MM, Haylor MJ. Managing incontinence: women's normalizing strategies. *Health Care Women Int.* 1993; 14(6):549 – 560.
 49. Sublett CM. Adding to the evidence base: a review of two qualitative studies. *Urol Nurs.* 2008; 28(2):130-1.

50. Thakar R, Stanton S. Regular review: management of urinary incontinence in women. *BMJ*. 2000; 321(7272):1326-31.
51. Van den Muijsenbergh METC, Lagro-Janssen TALM. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *Br J Gen Pract*. 2006; 56(533):945–949.
52. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006; 22(2):108–119.
53. Zeznock DE, Gilje FL, Bradway C. Living with urinary incontinence: experiences of women from 'The Last Frontier'. *Urol Nurs*. 2009; 29(3):157-63, 185.

Tabela 1. Pesquisas qualitativas sobre IU feminina, publicadas até 2009. (N=13)

Autor/Ano	País	Participantes	Idade	Fenômeno estudado	Método / técnica coleta de dados	Classe do CASP
ANDERSON et al (2009) ⁴	Suécia	14 mulheres (com experiência própria de IU ou de outras pessoas)	30 até acima de 80 anos	Percepções de mulheres que vivem uma cultura diferente daquela de origem	Grupo focal	A
BASU; DUCKETT (2009) ⁶	Reino Unido	17 mulheres (com problemas urinários recorrentes ou persistentes após cirurgia)	33 a 76 anos	Barreiras para busca de tratamento	Grounded Theory / Entrevista não estruturada	B

ZEZNOCK; GILJE; BRADWAY (2009) ⁴⁷	E.U.A	17 mulheres (com perda urinária involuntária ou acidental definida como um problema)	33 a 86 anos	Experiência de mulheres incontinentes que vivem na “Última Fronteira” (Alaska)	Entrevista não estruturada	B
ANDERSON et al (2008) ³	Suécia	11 mulheres (com IU, mas que não desejavam tratamento)	66 a 89 anos	Experiências de vida de idosas incontinentes	Entrevista semi-estruturada	B
BORBA; LELIS; BRETAS (2008) ¹²	Brasil	6 mulheres (com perda urinária de, pelo menos, 1 x na semana)	39 a 73 anos	Significados de “Ter” IU e “Ser” incontinente	Entrevista semi-estruturada	B

BRADWAY; STRUMPF (2008) ¹⁵	E.U.A	17 mulheres (que procuraram ou não tratamento para IU)	Idade média: Grupo 1 = 71 anos Grupo 2 = 46,3 anos	Busca de tratamento e IU à longo prazo	Entrevistas	A
ABREU et al, (2007) ²	Brasil	12 mulheres (que participaram de estudo prévio e realizaram fisioterapia)	61 a 83 anos	Qualidade de vida de idosas incontinentes	Entrevista semi-estruturada	B
DOSHANI et al (2007) ²⁰	Reino Unido	24 mulheres (que participavam de grupos pré-existent de mulheres e o estado de continência não era conhecido)	Grupo 1: de 30 a 60 anos Grupo 2: de 60 a 85 anos	Vivência de mulheres incontinentes em uma cultura diferente daquela de origem	Grupo focal	B

HÄGGLUND; AHLSTRÖM (2007) ²⁶	Suécia	14 mulheres (que participaram de estudo prévio, tendo procurado ou não tratamento)	34 a 52 anos	Experiências de vida com IU à longo prazo	Entrevista	B
HÄGGLUND; WADENSTEN (2007) ¹²⁷	Suécia	13 mulheres (que haviam participado de estudo prévio de coorte de base populacional)	37 a 52 anos	Fatores limitantes para a busca de tratamento para IU	Entrevista	B
BRADWAY; BARG (2006) ¹⁴	E.U.A	17 mulheres (com IU há mais de 5 anos)	28 a 86 anos	Papel de um modelo cultural na definição de experiências com IU	Entrevistas semi-estruturadas e análise documental	B
BRADWAY (2005) ¹³	E.U.A	17 mulheres (com IU há mais de 5 anos)	28 a 86 anos	Narrativas de mulheres incontinentes à longo prazo	Entrevista semi-estruturada	B

DOWD
(1991)²¹

E.U.A

7 mulheres (com
tempo de IU
variando entre
1¹/₂ ano e 50
anos)

58 a 79
anos

Experiência de
mulheres
idosas com IU

Entrevistas

B

3 O FIO CONDUTOR

Em vista do processo de elaboração da pesquisa, desde a delimitação do tema, passando pelo “clareamento” da situação-problema, que culminaram com as perguntas de pesquisa e os objetivos apresentados, o caminho teórico a ser seguido foi se desenhando paulatinamente. Assim, para abordar o grupo de acadêmicos do Curso de Fisioterapia do modo apresentado na introdução, o pensamento do pedagogo brasileiro Paulo Freire, considerado um referencial político-pedagógico e identificado como **Pedagogia Libertadora**, pareceu oportuno e adequado para a sustentação teórica da abordagem coletiva, reflexiva e dialógica da proposta.

O amparo teórico, principalmente em estudos participantes e de natureza qualitativa, é considerado essencial na ligação entre teoria e pesquisa, direcionando a prática e fundamentando a investigação, de maneira sistemática e rigorosa, através da seleção, arranjo e clarificação dos conceitos envolvidos (DENZIN et al., 2006; NEVES, GONÇALVES, 1984). Fundamentada nesta concepção, utilizei então a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire para guiar a coleta e interpretação dos dados, uma vez que a mesma direcionou a reflexão dos participantes sobre a realidade vivida e a articulação “prática-teoria-prática” e “ação-construção-reconstrução” no processo ensino-aprendizagem da fisioterapia uroginecológica (FREIRE, 2002).

Um dos principais focos desta teoria é a preocupação com “[...] uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política” (FREIRE, 2005, p. 20). A educação dialogal e ativa é considerada fator preponderante para a formação da criticidade, caracterizando-se pela profundidade na interpretação dos problemas, por negar a transferência da responsabilidade, pela segurança na argumentação, pela prática do diálogo (e não da polêmica), pela aceitação do novo e do velho, enquanto válidos (FREIRE, 2005).

Com o intuito de ressaltar as principais ideias do referencial freireano, apresento, na sequência, algumas características da Pedagogia Libertadora, além da visão desta teoria por outros autores, que estudaram e colocaram em prática a proposta de Paulo Freire, auxiliando na sua divulgação e validação. Em seguida, entrelaço minhas concepções para este estudo com as ideias de Paulo Freire, através da construção dos pressupostos que integram o marco conceitual, acreditando que este processo direciona o percurso metodológico de maneira apropriada, sendo o fio condutor na coleta de informações e interpretação dos resultados.

3.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA DE PAULO FREIRE

Ao buscar uma aproximação com o olhar de Paulo Freire e sua proposta político-pedagógica, compreendi que na Pedagogia Libertadora, consciência e mundo se dão ao mesmo tempo, no processo de reflexão do ser humano, em suas relações com o mundo. Os seres humanos, ao refletirem sobre si e o mundo, aumentam seu campo de percepção e se “percebem”, conseguem criar um ciclo de ação-reflexão-ação (FREIRE, 2009; 2008).

A prática educativa implica sempre na existência de sujeitos e, por isso, implica também em processos, técnicas, fins, expectativas, desejos e frustrações, o que colabora para a existência de permanente tensão entre prática e teoria, entre liberdade e autoridade. O ponto-chave desta prática educativa é o diálogo entre educador e educando. Este diálogo não os torna iguais, mas marca a posição democrática entre ambos. Os sujeitos dialógicos conservam sua identidade, a defendem e crescem um com o outro. O diálogo não reduz um ao outro e esta relação dialógica não anula a possibilidade do ato de ensinar (FREIRE, 2008). Desta forma, a educação problematizadora se realiza como prática de liberdade somente quando existe diálogo e, nesta prática problematizadora, os educandos são investigadores críticos, em diálogo com o educador, também um investigador crítico, ou seja, o educador proporciona aos educandos as condições de superação para alcançar o verdadeiro conhecimento (FREIRE, 2005).

Rameh (2005) refere que o leitor de Freire, ao familiarizar-se com sua obra, percebe a similaridade de seu método com aquele apresentado por Sócrates, conhecido como *Maiêutica*, que se sustentava na concepção de que as ideias próprias são formas de ir ao encontro de si mesmo e que ficou conhecida pelo preceito “*conhece-te a ti mesmo.*” Este filósofo grego, de acordo com Florido (1999), defendia o fim das diferenças sociais e políticas entre os indivíduos, ao mostrar que todos eram semelhantes, e tinha por missão levar todos os homens a buscar o verdadeiro bem, pelo cuidado da própria alma. Este estudioso relembra que, na dialogação socrática, os questionamentos levavam ao debate e, desta maneira, à tomada de consciência da real situação. Desta forma, ocorria a democratização da educação, pois qualquer indivíduo da sociedade tinha acesso ao processo de conhecimento, independente dos fatores sociais ou econômicos que regiam a sociedade da época. A semelhança da pedagogia freireana com a socrática está no fato de construir, através da problematização, da pergunta e do diálogo, um método (FLORIDO, 1999). Tal método, de acordo com Rameh (2005),

encontra fundamento em suas próprias elaborações filosóficas, sóciopolíticas e pedagógicas, bem como em sua filosofia educacional, onde o pensar e o fazer são interdependentes.

O respeito ao saber do senso comum, a compreensão de mundo que os educandos trazem consigo, que Freire chama de “saberes de experiências feitos”, é o ponto de partida para o conhecimento que os educandos vão criando do mundo. Respeitar estes saberes não significa ficar atrelados a eles, mas sim, superá-los, instigando os educandos a “[...] ‘pôr-se a caminho’, ir-se, deslocar-se de um ponto a outro e não ficar, permanecer” (FREIRE, 2008, p. 70).

De acordo com Freire (2008), respeitar os educandos significa colocar a eles as minhas ideias, as minhas posições, enquanto educadora, defendendo-as, mas, ao mesmo tempo, mostrando aos educandos que existem outras opções, outras possibilidades. Freire não nega o risco de influenciarmos os educandos e sugere que os educadores estejam bem preparados ao correrem estes riscos, pois independente da qualidade da prática educativa, ela é sempre diretiva. Mas se esta diretividade “[...] interfere na capacidade criadora, formuladora, indagadora do educando, de forma restritiva, então a diretividade necessária se converte em manipulação, em autoritarismo” (FREIRE, 2008, p. 78). Na concepção freireana, quanto mais problematização ocorrer no processo de aprendizagem, mais desafios surgem e, assim, os educandos são instigados a responder ao desafio e a melhor compreendê-lo. Nesta arte de diálogo e reflexão, a compreensão torna-se cada vez mais crítica (FREIRE, 2009).

A percepção crítica do problema não basta para mudar os dados do problema, ou seja, não basta perceber o que está causando a situação problemática para resolvê-la; é preciso agir, fazer algo. O conhecimento mais crítico da realidade, que adquirimos através de seu desvelamento, não opera, por si só, a mudança da realidade. Ao desvelar o problema, damos um passo para superá-lo, desde que engajados na luta política pelas transformações das condições concretas em que se dá a situação vivenciada, e é isto que caracteriza a conscientização. A prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade (FREIRE, 2008). Freire nos ajuda a enfrentar este desafio ao constatar que “mudar é difícil, mas é possível [...]” (FREIRE, 2000, p. 52). Frente a isso é relevante refletir que o educador que quer transformar o mundo precisa estar criticamente inserido em formas de ação e em políticas pedagógicas, realizando-se em coerência com a compreensão da história como possibilidade.

Freire também argumenta em seus escritos que uma das exigências fundamentais do próprio avanço tecnológico atual é preparar sujeitos críticos, capazes de responder com presteza e eficácia a desafios inesperados e diversificados, e que precisamos da capacidade de ir mais além de comportamentos esperados, de contar com a curiosidade crítica do sujeito, sem a qual a invenção e a reinvenção das coisas se dificultam. É o desafio à capacidade criadora e à curiosidade que nos caracterizam como seres humanos (FREIRE, 2000).

3.2 MARCO CONCEITUAL

Após a exposição de aspectos importantes do pensamento de Paulo Freire, procurei estabelecer conexões do referencial elaborado por este pedagogo, com a proposta do presente estudo, que visou a discussão da realidade de acadêmicos de fisioterapia, com relação à aprendizagem da assistência às mulheres com IU, através de uma PCA. Deste modo, considerei oportuno apresentar o marco conceitual, que abrangeu os pressupostos básicos e os conceitos interrelacionados, elaborados a partir desta ligação entre os princípios da Pedagogia Libertadora e as minhas crenças pessoais.

O termo marco conceitual é definido por Fawcett (1995), como um conjunto de conceitos gerais e abstratos e as proposições que integram estes conceitos em uma configuração significativa. Conceitos, por sua vez, são palavras que descrevem imagens mentais de um fenômeno. São entendidos como “representações mentais de determinadas realidades; mentais, porque não é a realidade em si mesma, mas uma imagem dela” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 51). Proposições ou pressupostos são afirmações prévias, são as crenças e os valores que, em conjunto, forneceram as bases sob as quais são elaborados os conceitos componentes do marco e suas definições (TRENTINI; PAIM, 2004; FAWCETT, 1995).

O marco ou modelo conceitual tem papel fundamental na abordagem teórica de um estudo, pois auxilia na descrição do foco investigativo através de

[...] uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação. Essa construção poderá ser feita a partir do marco teórico, [...] da organização do conhecimento existente [...]. A finalidade desta construção mental [...] é

proporcionar suporte teórico para o desenvolvimento dos vários passos do processo de pesquisa (NEVES; GONÇALVES, 1984, p. 213).

De acordo com Monticelli (1997) e Carraro (2001), o profissional enfermeiro deve utilizar os marcos conceituais para auxiliar no embasamento e direcionamento de suas ações, tanto assistenciais, quanto científicas. A construção de um marco conceitual pode partir da prática diária, baseada em crenças ou valores do autor e subsidiada pelo referencial teórico, ou da teoria, mediante uma concepção teórica e filosófica específica relacionada ao marco conceitual a ser elaborado. Passei então a incorporar esta proposta da enfermagem para dar sustentação à minha ação de docente colaboradora-pesquisadora neste estudo convergente-assistencial.

Os modelos conceituais existem desde que as pessoas começaram a pensar sobre si mesmas e atualmente estão presentes em todas as áreas da vida e em todas as disciplinas. Os conceitos referentes à enfermagem fornecem orientações explícitas não só para as enfermeiras, mas também para outros profissionais interessados em aprofundar temas similares, seja na prática assistencial ou na pesquisa (FAWCETT, 1995). Acredito que a fisioterapia, como uma profissão da área da saúde, pode se beneficiar deste conhecimento produzido pela enfermagem e por outras áreas, ao elaborar seus próprios marcos conceituais.

Desta forma, apresento a seguir os pressupostos da Pedagogia Libertadora, aliados aos pressupostos pessoais, embasados na minha prática pedagógica e assistencial, e os conceitos interrelacionados, elaborados e expressos em vocabulário distinto, relacionado à Fisioterapia Uroginecológica.

3.2.1 PRESSUPOSTOS

♦ A transitividade crítica se caracteriza pela profundidade na interpretação dos problemas (FREIRE, 2005) e os acadêmicos de fisioterapia, sujeitos ativos na abordagem ambulatorial da mulher incontinente, são críticos, reflexivos e fortalecidos através de práticas educativas.

♦ A educação faz do ser humano um ser cada vez mais consciente de sua transitividade (FREIRE, 2005).

✦ A práxis é ação-reflexão-ação dos seres humanos sobre o mundo para transformá-lo (FREIRE, 2005) e as estratégias do processo ensino-aprendizagem da fisioterapia uroginecológica oportunizam a práxis.

✦ O diálogo deve ser crítico e libertador, seu conteúdo pode e deve variar em função das condições históricas e do nível de percepção da realidade, mas exige reflexão para o ato da libertação (FREIRE, 2009). A prática educativa constitui elemento da ação coletiva e se concretiza quando a participação gera um diálogo verdadeiro, uma aproximação e, finalmente, a união entre todos os participantes acerca da necessidade de refletir a situação vivida pelo grupo.

✦ Educador e educandos, cointencionados à realidade, se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos, no ato, não só de desvelá-la, e assim, criticamente, conhecê-la, mas também no de re-criar este conhecimento (FREIRE, 2009). A prática educativa pode ser mediada e facilitada pela fisioterapeuta docente-pesquisadora por meio de oficinas planejadas e executadas a partir dos princípios da Pedagogia Libertadora e da metodologia da PCA.

✦ Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 2009). A relação dialógica vivenciada com os acadêmicos de fisioterapia possibilita experimentarem, conhecerem e compartilharem diferentes crenças e valores, ao mesmo tempo em que entreveem caminhos e possibilidades para uma transformação da realidade vivida.

✦ Uma das exigências fundamentais do próprio avanço tecnológico é preparar sujeitos críticos capazes de responder com presteza e eficácia a desafios inesperados e diversificados (FREIRE, 2000).

✦ O desafio à capacidade criadora e a curiosidade nos caracterizam como seres humanos e é disso que precisamos na prática educativa, da capacidade de ir mais além de comportamentos esperados, pois sem a curiosidade crítica, a invenção e a reinvenção das coisas se dificultam (FREIRE, 2000).

3.2.2 CONCEITOS INTERRELACIONADOS

Ser humano

Pode ser expresso pela “eterna ligação entre corpo e mente, entre matéria e espírito” (MINAYO, 2004, p. 85); é um ser capaz de pensar e criar o seu próprio mundo, que tem capacidade de abstração e

de resolução de problemas. É aquele ser único, mestre dos seus atos e do seu destino, “[...] onde a existência precede a essência, pois não há qualquer ideia que se possa fazer sobre um ser humano antes de ele existir e agir, já que não há qualquer modelo pré-definido, nem nenhum destino previamente traçado” (SARTRE, 1987, p. 6).

[...] mais do que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma Presença no mundo, com o mundo e com os outros [...]. Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz e também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe (FREIRE, 2002, p. 10).

Os seres humanos envolvidos neste estudo estão reunidos para efetivação da PCA, através de uma prática educativa que busca compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia durante a aprendizagem da assistência à mulher com IU e construir estratégias conjuntas com os acadêmicos para a superação destas dificuldades.

O **acadêmico de fisioterapia** é um ser humano jovem, cursando o sexto e o sétimo períodos do Curso, trazendo muitas inquietações, dúvidas e inseguranças, próprias da adolescência e juventude, mas, ao mesmo tempo, procurando situar-se no mundo e na realidade da fisioterapia atual. Quanto ao processo de formação profissional, no sexto período, o acadêmico está iniciando o processo de aprendizagem da fisioterapia uroginecológica e se preparando para aprender a assistir a mulher com IU, enquanto no sétimo período, está assumindo o processo terapêutico desta mulher, com autonomia.

O acadêmico de fisioterapia é o sujeito em busca de uma formação profissional que o capacite a desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde, educação em saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação da capacidade física do indivíduo e da coletividade, contribuindo para o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida da sociedade (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, 2008). Sendo um sujeito capaz de pensar e criar o seu próprio mundo, tendo capacidade de abstração e de resolução de problemas, possui habilidades que o promovem como um participante crítico de sua própria condição e como discente de graduação em Fisioterapia, capacitando-o para a superação das dificuldades inerentes ao seu processo de formação e de futuro profissional. Esta competência pode ser desenvolvida em conjunto com

seus pares e com a docente colaboradora-pesquisadora, que o acompanha no processo de formação profissional em fisioterapia uroginecológica.

A **docente colaboradora-pesquisadora** é a profissional fisioterapeuta habilitada, voluntária, que auxilia na orientação, supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas pelos acadêmicos do Curso de Fisioterapia, particularmente no que se refere ao âmbito da assistência uroginecológica, em parceria com os demais docentes do Curso de Fisioterapia. É aquele ser humano que está acompanhando os acadêmicos nos primeiros encontros com a mulher portadora de IU, colaborando com a docente da disciplina Fisioterapia Uroginecológica, através do auxílio na preparação para a abordagem inicial e prestando suporte teórico, prático e emocional aos mesmos, mediante interação humanizada e da incitação do acadêmico ao desafio. Também atua no momento em que os acadêmicos assumem o processo terapêutico da mulher portadora de IU, durante as atividades do ECS em Fisioterapia.

Possui características técnicas e humanísticas que a habilitam para o desenvolvimento do papel de facilitadora na condução da prática educativa com os discentes, ao mesmo tempo em que aprende com eles a superar as dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem para a assistência fisioterápica à mulher com IU.

Ambiente

Constitui-se da relação existente entre os seres humanos envolvidos no estudo, abrangendo o contexto físico, cultural, social, educacional, econômico e político. Esta analogia gera um processo de contínua transformação, pois todos os fatores estão em profunda interrelação (BASSO, 2007).

Neste estudo, o ambiente está balizado pelo contexto do Curso de Fisioterapia, com suas salas de aula, laboratórios e Clínica de Fisioterapia, cenário onde acontece a prática educativa, visando promover e incentivar a discussão e a reflexão, com vistas à superação das dificuldades encontradas na assistência à mulher com IU. É um contexto de interrelações, onde ocorre troca de experiências, saberes e diálogos entre os sujeitos acadêmicos e a docente colaboradora-pesquisadora, tendo por meta a qualificação acadêmica para assistir a mulher portadora de IU, tanto nas aulas práticas, quanto no ECS. Nestes dois contextos são desenvolvidas atividades curriculares que se propõem a estimular competências, durante o processo formal de aprendizagem do acadêmico do Curso de Fisioterapia, em relação à terapêutica

fisioterápica da IU feminina.

Assistência fisioterápica à mulher incontinente

Trata-se do processo assistencial em que o ser humano acadêmico de fisioterapia começa a exercer suas habilidades técnico-científicas na área de fisioterapia uroginecológica e é instigado a “pensar certo”. Acredito que “(...) o pensar certo (...) tem que ser produzido pelo próprio aprendiz em comunhão com o professor formador” (FREIRE, 2002, p. 18). A característica desta abordagem diz respeito à avaliação, elaboração do diagnóstico e da conduta fisioterapêutica, e a condução responsável, segura e qualificada deste processo assistencial da mulher com IU, pautada pela ação crítica e reflexiva deste ser em formação (REIBNITZ, 2004).

Prática educativa dialógica

“A dialogicidade é a essência das relações humanas e o movimento que constitui a consciência do mundo” (FREIRE, 2009, p. 8), pois através da reflexão coletiva, desvela-se a realidade. A prática educativa dialógica proporciona o encontro entre sujeitos que buscam a transformação e a humanização do mundo, permeados pelo processo de reflexão-ação e pela crença na possibilidade infinita de criar e recriar (FREIRE, 2009).

Guiada pela concepção da educação problematizadora do pedagogo Paulo Freire, que acredita no diálogo verdadeiro como forma de pensar criticamente, considero a proposta de prática educativa deste estudo um caminho de modificação da realidade vivenciada pelos acadêmicos do Curso de Fisioterapia na área de uroginecologia, pois através da “[...] teoria dialógica da ação, os sujeitos dialógicos se voltam sobre a realidade mediatizadora que, problematizada, as desafia. A resposta aos desafios da realidade problematizadora é já a ação dos sujeitos dialógicos sobre ela, para transformá-la” (FREIRE, 2009, p. 97).

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa do tipo PCA, pois segundo Trentini e Paim (2004), idealizadoras deste modelo de processo investigativo, a convergência entre a pesquisa e a prática assistencial e/ou educativa possibilita a resolução de problemas da prática diária dos profissionais da saúde.

4.1 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

A fim de contextualizar operacionalmente este estudo, são descritas tanto a organização da disciplina Fisioterapia Uroginecológica, do sexto período, quanto a organização do ES em Fisioterapia, do sétimo período, uma vez que nestas duas atividades ocorreu o contato com os sujeitos da PCA.

A pesquisa foi realizada, portanto, em duas etapas. A primeira, no semestre letivo 2009.2, envolveu o contexto da disciplina Fisioterapia Uroginecológica, e a segunda, no semestre letivo 2010.1, o contexto do ECS em Fisioterapia.

Em termos gerais, a disciplina Fisioterapia Uroginecológica teve uma etapa teórica, que ocorreu em uma das salas de aula do Curso, e outra etapa prática, em laboratório e na Clínica de Fisioterapia. Todas as atividades do ES ocorreram na Clínica.

Os agentes envolvidos no contexto das atividades cotidianas relacionadas às aulas teóricas e práticas da **Disciplina Fisioterapia Uroginecológica**, do **sexto período** do curso, foram os acadêmicos regularmente matriculados, a docente da disciplina e eu, enquanto docente colaboradora-pesquisadora.

A fim de esclarecer a realidade onde foi realizada a primeira etapa da PCA, apresento, a seguir, a dinâmica global desta disciplina – a carga horária semestral foi de 45 horas/aula (h/a), distribuídas em 3 h/a semanais, sendo que 1/3 foi destinado às aulas teóricas e 2/3 às aulas práticas. Os conteúdos da disciplina foram divididos em dois módulos: Abordagem fisioterápica na incontinência urinária feminina e Abordagem fisioterápica no câncer de mama. As aulas teóricas ocorreram em uma das salas do Bloco 25 A, através de diferentes estratégias de ensino, como exposição dialogada, discussão de artigos científicos, apresentação de vídeos, debates sobre temas polêmicos e apresentação de trabalhos em grupo. As aulas práticas foram conduzidas da seguinte forma: 1º) no início do semestre letivo ocorreu o aprendizado e treinamento de técnicas específicas da fisioterapia

uroginecológica pelos acadêmicos, no laboratório, em modelos em silicone de pelvis femininas, com orientação da docente da disciplina, conforme explicitado na introdução; 2º) em seguida, os acadêmicos da disciplina foram convidados a treinar as técnicas específicas entre os pares, em salas da Clínica de Fisioterapia, com a possibilidade de realizar esta atividade sob orientação da docente da disciplina, em grupos ou duplas, no dia e horário destinado à aula prática; 3º) após aquisição destas habilidades, os acadêmicos iniciaram a assistência fisioterápica das mulheres com IU, usuárias da Clínica de Fisioterapia, orientados pela docente da disciplina e por mim, em salas da Clínica de Fisioterapia, no período matutino, das 10:00 às 11:40 horas, uma vez por semana, durante 12 semanas.

As mulheres portadoras de IU, encaminhadas por médicos ou enfermeiros da rede pública, foram contatadas pelas secretárias da Clínica e convidadas a comparecer ao local, a fim de serem avaliadas pelos acadêmicos do sexto período. Os mesmos foram divididos em duplas ou trios, sendo que cada grupo avaliava e conduzia o processo terapêutico de, pelo menos, uma mulher. A docente da disciplina foi responsável pela condução deste processo, auxiliada por mim, em conjunto com os acadêmicos, incluindo o registro das consultas, de acordo com o regulamento da Clínica de Fisioterapia.

Por outro lado, os agentes envolvidos no contexto das atividades cotidianas relacionadas ao **ECS em Fisioterapia**, referente ao **sétimo período** do curso, foram os acadêmicos regularmente matriculados (trata-se, portanto, dos alunos egressos do sexto período) e 5 docentes fisioterapeutas do Curso de Fisioterapia, incluindo a mim, que exerciam a função de supervisores, nas áreas de fisioterapia ortopédica e reumatológica, neurológica, cardiopulmonar, pediátrica, assim como uroginecológica. O ECS em Fisioterapia é caracterizado pela prestação de assistência fisioterápica, pelos acadêmicos de fisioterapia, aos indivíduos da comunidade, sob supervisão de um docente fisioterapeuta para cada grupo de, no máximo, 6 acadêmicos. Em razão do objetivo proposto para a presente pesquisa, descrevo apenas as atividades pedagógicas relacionadas à área uroginecológica.

Em relação à dinâmica geral do ECS em Fisioterapia, a mesma aconteceu da seguinte forma: no início do semestre letivo ocorreu o primeiro encontro entre a coordenadora do estágio, os 5 docentes supervisores, inclusive eu, e os acadêmicos do sétimo período, denominado “aulão”, onde foram apresentados o Regulamento e o Cronograma do Estágio.

Em seguida, no cenário da Clínica de Fisioterapia, os acadêmicos do sétimo período iniciaram as atividades do ECS e cada um teve sob sua responsabilidade, em média, a assistência de 9 indivíduos da comunidade, que receberam acompanhamento fisioterápico 2 ou 3 vezes por semana, de acordo com a necessidade. Destes 9 indivíduos, a coordenação do estágio determinou que 2 deveriam ser portadoras de disfunções uroginecológicas. Portanto, cada acadêmico, sob minha supervisão, ficou responsável pela avaliação fisioterápica e pela condução do processo terapêutico de, pelo menos, uma mulher com IU, encaminhada à Clínica de Fisioterapia.

Os atendimentos tiveram duração de 50 minutos, seguindo a rotina do cuidado fisioterapêutico: a primeira sessão constou de avaliação (anamnese e exame físico, com elaboração do diagnóstico e plano de cuidado fisioterápico) e nos demais atendimentos foram aplicadas as condutas preventivas e/ou terapêuticas. Após algumas sessões, a mulher assistida foi reavaliada, com a finalidade de saber se estava apta para a alta ou se deveria prosseguir com o tratamento.

Além dessas atividades cotidianas do processo ensino-aprendizagem da disciplina Fisioterapia Uroginecológica, do sexto período, e do Estágio, no sétimo período, os sujeitos do estudo foram convidados a participar de encontros em grupo, conforme descrito no item “operacionalização do estudo”.

4.2 SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos da PCA foram 17 acadêmicos de Fisioterapia da UNIVALI, regularmente matriculados no semestre 2009.2, na disciplina Fisioterapia Uroginecológica, representando o total de matriculados que estavam cursando a referida disciplina. Para este primeiro momento da pesquisa, obtive autorização verbal da docente responsável pela parte teórica e prática, assim como autorização por escrito das mulheres que foram assistidas na Clínica, como parte do processo de ensino-aprendizagem.

Posteriormente, no segundo momento, ou seja, no semestre 2010.1, 15 acadêmicos continuaram como sujeitos da PCA, estando, então, no sétimo período, cursando o ECS em Fisioterapia, no que se refere às atividades da Fisioterapia Uroginecológica.

Estar regularmente matriculado no sexto período do curso e, posteriormente, no sétimo período, foi o critério de inclusão adotado.

Dos 17 acadêmicos que participaram da pesquisa no semestre 2009.2, 11 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com idades

entre 20 e 36 anos. Destes 17 acadêmicos, 15 se matricularam no ECS em Fisioterapia, no semestre 2010.1, ou seja, todos aceitaram continuar participando da pesquisa, com exceção dos 2 acadêmicos que não se matricularam na disciplina por motivos pessoais. No decorrer do semestre 2010.1, dos 15 matriculados, 2 desistiram do estágio e, portanto, da pesquisa; um deles, devido a problemas de saúde, e o outro, por ter avaliação insuficiente, optando em não prosseguir na disciplina após a confirmação da impossibilidade de aprovação. Dos 13 que compuseram a amostra final do semestre 2010.1, 8 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com idades entre 20 e 28 anos.

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO (COLETA, REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS)

A utilização da metodologia da PCA, proposta por Trentini e Paim (2004), foi a forma de abordagem operacional deste estudo. Esta escolha se deu pela similaridade dos princípios desta metodologia com os princípios da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, pois ambas estão pautadas no processo de reconhecimento do ambiente da prática (assistencial ou educativa), com intenção de encontrar soluções para problemas no cotidiano dos sujeitos envolvidos.

Assim, considero importante elucidar que a minha atividade investigativa, durante o processo de aprendizagem da assistência fisioterápica da mulher com IU, no contexto das aulas teóricas e práticas, assim como do ES propriamente dito, aconteceu superposta à minha atividade assistencial como docente colaboradora da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica e do ECS em Fisioterapia. São estes movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da prática assistencial com a pesquisa que caracterizam a PCA (TRENTINI; PAIM, 2004).

Reibnitz (2004) reforça que, em uma pesquisa qualitativa que investiga processos educacionais, existe a singularidade da interação entre pesquisadora e fenômeno estudado, pois estão envolvidos a orientação teórica, as experiências anteriores, os valores e as crenças, além do conhecimento lógico e intelectual, mas também o conhecimento pessoal, intuitivo e experiencial da pesquisadora.

A seguir, apresento o Diagrama geral da operacionalização da PCA (Figura 1), com o período e os acadêmicos envolvidos na pesquisa apresentados nos quadros superiores e, nos quadros inferiores, as técnicas e estratégias que foram utilizadas na coleta de dados. Logo

após, descrevo, pormenorizadamente, as características de cada momento da coleta de dados.

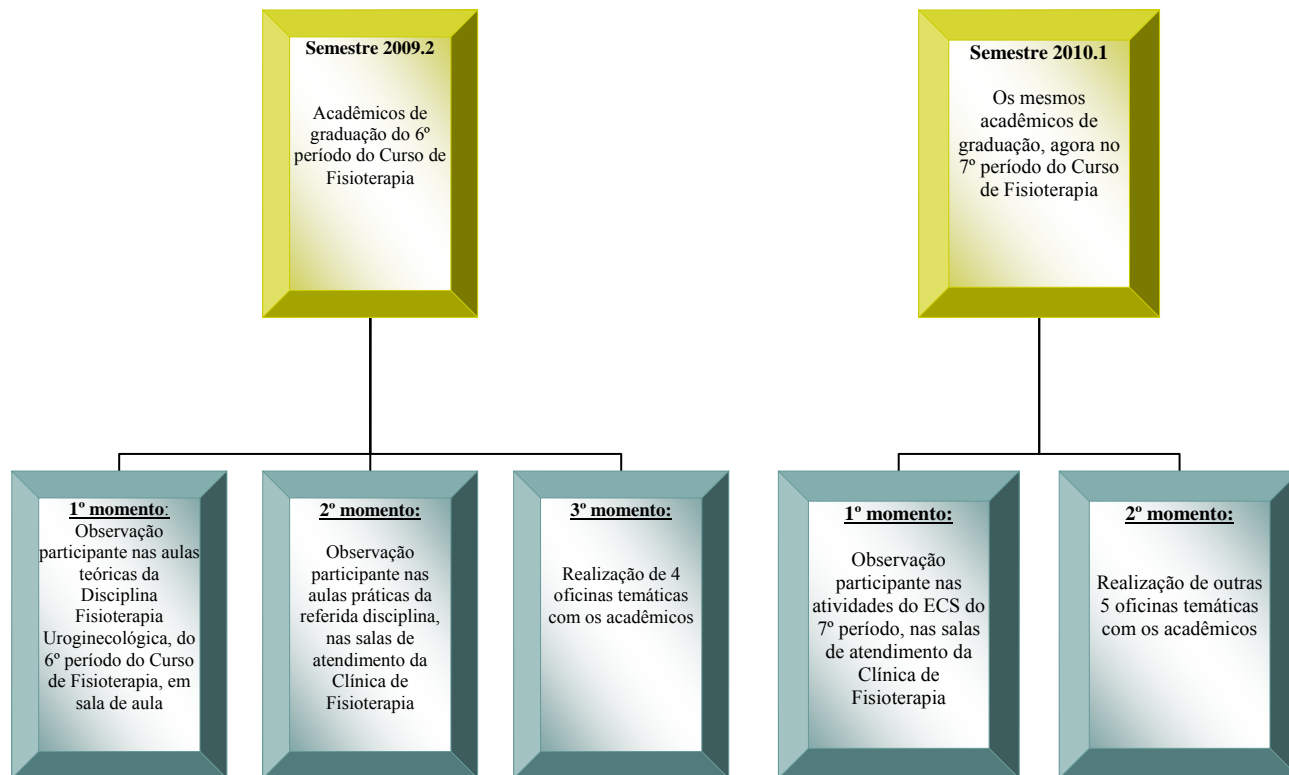


Figura 1 - Diagrama geral da operacionalização da PCA.

Portanto, a coleta de dados, que englobou observação participante e oficinas temáticas, foi realizada nos semestres letivos 2009.2 e 2010.1, de forma independente e complementar, ocorrendo em 3 momentos distintos no semestre 2009.2 e em 2 momentos no semestre 2010.1.

As observações participantes foram realizadas por mim, enquanto docente colaboradora-pesquisadora, que assumi uma posição de membro do grupo e, através da observação informal, da vivência em conjunto dos acontecimentos e do acompanhamento das rotinas diárias, registrei as informações, procurando não causar interferência no comportamento do grupo. Este tipo de participação corresponde ao Participante-como-Observador (MINAYO, 2004). Estas observações são caracterizadas como participante, pois permitem captar uma variedade de nuances de uma situação social, que não poderiam ser obtidas facilmente por outros meios. A observação participante pode ser considerada “[...] como um processo que é construído duplamente pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos” (MINAYO, 2004, p. 143) e “[...] como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo” (GIL, 1995, p. 108).

As oficinas temáticas (4 no semestre 2009.2 e 5 no semestre 2010.1), mediadas e facilitadas por mim, foram compostas por 4 fases, adaptadas segundo a proposta de Basso e Monticelli (2010):

➤ 1ª fase: preparação do ambiente, acolhimento e atividades corporais. Estas atividades foram realizadas com a proposta de estimular a percepção da musculatura corporal e a consciência postural, sentindo o próprio corpo e percebendo as prioridades no momento. Os sujeitos foram questionados sobre quais atividades gostariam de realizar no tempo programado, com o intuito de melhorar as possíveis tensões e sensações dolorosas manifestadas.

➤ 2ª fase: dinâmicas em grupo, dando ênfase para atividades de “expressão corporal”. O objetivo desta fase da oficina foi proporcionar um relaxamento geral e a desinibição dos participantes, de uma forma dinâmica e lúdica, estimulando a participação de todos.

➤ 3ª fase: atividade central da oficina, representando o momento de discussão e reflexão sobre o tema proposto, levantado por mim, mediante experiência prévia no processo ensino-aprendizagem desta área, estimulando o diálogo mediante: a) relato da percepção da realidade; b) eleição dos problemas encontrados; c) eleição das sugestões de soluções para esses problemas; d) discussão sobre a maneira de colocar em prática as soluções encontradas; e) análise do

foco da discussão, associando com a assistência fisioterapêutica da mulher com IU.

➤ 4ª fase: encerramento da oficina, momento destinado à avaliação do encontro, com depoimentos dos integrantes do grupo, que poderiam se manifestar por escrito, ou oralmente, se desejassem.

A fim de caracterizar e exemplificar estes encontros, apresento a seguir o desenvolvimento da segunda oficina, “Conhecendo e tocando o corpo do outro”, realizada no dia 22 de outubro de 2009, das 14:00 às 15:20 h.

1ª fase: acolhimento e alongamentos – os 3 acadêmicos (2 do sexo feminino e 1 do masculino) que comparecem, foram estimulados a perceber o próprio corpo, questionados quanto à percepção de sensação de bem-estar, disposição, relaxamento ou de pontos de tensão, dor, encurtamento muscular, desconforto. Em seguida, foram estimulados a sugerir alongamentos ou exercícios que auxiliassem na melhora da percepção corporal e do desconforto. Esta atividade teve duração de 20 minutos, pois os acadêmicos demonstraram bastante interesse na proposta e solicitaram mais exercícios de alongamento e relaxamento do que o previsto.

2ª fase: dinâmica de grupo - 1ª opção: acadêmicos, de olhos vendados, caminharam aleatoriamente pela sala, ao som de uma música. Ao meu sinal, em silêncio, formaram dupla com o colega que estava mais próximo. A tarefa consistia em descobrir, uma dupla de cada vez, quem era o colega escolhido, apenas pelo toque no rosto ou nas mãos. O silêncio foi importante, para que a descoberta não fosse pela voz. Não foi possível realizar esta atividade, devido ao pequeno número de participantes. Então, a 2ª opção foi realizada: entreguei um balão vazio e uma tira de papel em branco para cada um dos participantes. Cada acadêmico escreveu no papel 3 características pessoais, de maneira que, a partir dessas características, fosse possível a identificação pelos outros participantes. A seguir, os participantes dobraram o papel e o colocaram dentro do balão. Cada acadêmico encheu seu balão e teve início a brincadeira, jogando os balões para cima, ao mesmo tempo e ao som de música animada. Quando a música foi interrompida, cada um pegou o balão que estava mais próximo e o estourou. Finalmente, cada participante leu o papel que encontrou dentro do balão e tentou identificar o colega com as características descritas. Os acadêmicos consideraram a atividade bastante divertida, mas tiveram um pouco de dificuldade em identificar o colega pela descrição.

3ª fase: foi retomada a discussão sobre o tema da oficina anterior “conhecendo e percebendo meu corpo”, prosseguindo com o

tema desta oficina “conhecendo e tocando o corpo do outro”. Pelo fato dos acadêmicos demonstrarem certa inibição em iniciar a discussão espontânea destes assuntos, foram utilizadas algumas perguntas norteadoras:

- a) Como o corpo de vocês reage a diferentes estímulos, como alegria, raiva, medo, curiosidade, prazer, culpa, paixão, ansiedade, repulsa? Conseguem perceber o corpo no dia-a-dia? Como vocês percebem o corpo no geral? E a região pélvica?
- b) Em relação ao fato de tocar o corpo do outro de um modo geral, vocês diriam que existem fatores que facilitam este toque? Que dificultam? Quais? Por quê?
- c) Existe diferença entre tocar o corpo de alguém conhecido (familiares, amigos, parceiros) e tocar alguém desconhecido, com objetivos terapêuticos? De que maneira?
- d) Que sensações surgiram no momento de tocar o corpo de uma mulher incontinente, de modo mais específico, a região perineal, com objetivos terapêuticos? Por quê?
- e) Vocês teriam alguma sugestão para solucionar as dificuldades relatadas?
- f) Vocês acham que estas sugestões poderiam ser colocadas em prática? Como?

Após este estímulo, a discussão tornou-se bastante produtiva, com participação ativa dos 3 acadêmicos, que durou em torno de 50 minutos

4ª fase: avaliação da oficina - os sujeitos, se desejassem, poderiam escrever suas impressões sobre o encontro e entregar o registro, mas todos preferiram realizar os comentários oralmente. Em seguida, encerrei a oficina, reforçando o convite para o próximo encontro. Os acadêmicos demonstraram bastante satisfação com a atividade e relataram que iriam estimular os colegas a participar dos encontros.

De acordo com Flick (2004), as discussões em grupo geram opiniões que emergem do cotidiano dos indivíduos participantes, podendo transformar o grupo em uma ferramenta que reconstrói opiniões individuais. Neste contexto, a função e o papel do pesquisador são importantes para moderar a discussão, estimulando a iniciativa do grupo no debate e na reflexão coletiva.

As oficinas temáticas seguiram os princípios da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e a escolha dos dias para a realização das oficinas foi realizada em conjunto com os sujeitos da PCA.

Os sujeitos foram convidados, no início do **semestre 2009.2**, a participar do estudo, quando estavam desenvolvendo atividades de

ensino em sala de aula, referentes à disciplina Fisioterapia Uroginecológica do sexto período do curso, mediante exposição em grupo a todos os integrantes e à docente da referida disciplina. Eu explicitiei a forma da coleta de dados, conforme a Figura 1.

As observações realizadas por mim, no semestre 2009.2, estavam focadas nas ações e reações dos acadêmicos, bem como na forma do vínculo e comunicação dos acadêmicos entre si e com as mulheres portadoras de IU, no ambiente das aulas teóricas e práticas. Além disso, nas aulas teóricas, observei o interesse e a participação dos mesmos nos debates e discussões, os questionamentos que surgiram relacionados ao tema da IU feminina e os argumentos que os acadêmicos apresentaram ao serem abordados. Também estive atenta ao entendimento e profundidade dos temas estudados, demonstrados nos trabalhos apresentados, bem como a disponibilidade pela busca espontânea do conhecimento. Nas aulas práticas foi mantido o foco da observação feita em sala de aula, acrescido do registro das condutas dos acadêmicos na assistência fisioterápica à mulher incontinente, buscando identificar as ações de cada integrante da dupla ou trio, a forma de divisão das tarefas, o comprometimento e responsabilidade de cada integrante nas atividades propostas, o modo como os acadêmicos estabeleciam vínculo com a mulher incontinente, a postura profissional, a segurança e domínio em relação ao quadro apresentado pela mulher em questão, além da observação da condução do processo terapêutico, através da visualização do modo de aplicação das técnicas fisioterápicas e de entendimento, pelos acadêmicos, da evolução e prognóstico do caso.

A realização da primeira oficina temática no semestre 2009.2 foi proposta por mim, assim que os acadêmicos entraram em contato com a mulher incontinente, após a primeira aula prática, sendo imediatamente aceita a proposta. As 4 oficinas temáticas, desenvolvidas entre outubro e novembro de 2009, foram realizadas com as seguintes sugestões de temas para discussão e reflexão: 1ª Oficina: “Percebendo e conhecendo meu corpo”; 2ª Oficina: “Conhecendo e tocando o corpo do outro”; 3ª Oficina: “Discutindo sobre o exame uroginecológico fisioterápico”; e 4ª Oficina: “Compreendendo a sexualidade feminina”.

A pesquisa prosseguiu na primeira semana letiva do **semestre 2010.1**, quando os mesmos acadêmicos estavam cursando o ECS em Fisioterapia do sétimo período, conforme a Figura 1. Neste momento, passei a realizar a atividade investigativa, em consonância com a atividade de supervisão do ECS em Fisioterapia na área uroginecológica, como docente colaboradora.

Segundo Reibnitz (2004), a pesquisadora, em uma abordagem de investigação educacional, necessita realizar um diálogo com a realidade, para conseguir descobrir e criar sobre determinado campo de interesse.

Neste semestre, a observação participante continuou focada nos mesmos pontos observados no semestre anterior, com a diferença de que, neste período, os acadêmicos assumiram de forma autônoma e independente a condução do processo avaliativo e terapêutico da mulher incontinente. Portanto, considerei crucial identificar o modo de acolhimento e vínculo estabelecido pelos acadêmicos com a mulher incontinente, além de observar o modo como os acadêmicos reagiram diante da situação apresentada, através das expressões, gestos e falas; além disso, foi essencial identificar o conhecimento dos acadêmicos demonstrado no levantamento dos dados durante a anamnese e na realização do exame físico, registrando a forma de manuseio das técnicas fisioterápicas, tanto para a elaboração do diagnóstico fisioterápico, quanto dos objetivos e condutas terapêuticas, além de compreender a linha de raciocínio estabelecida para obter a evolução do caso. A observação participante prosseguiu durante todo o processo terapêutico, até o momento da reavaliação das mulheres incontinentes, quando busquei identificar o modo que cada acadêmico compreendeu a realidade vivida, considerando a avaliação, as condutas propostas e os resultados obtidos.

A primeira oficina temática de 2010, no sétimo período, aconteceu logo após o início das atividades do estágio, quando os acadêmicos estavam começando a assistência fisioterápica das mulheres incontinentes, de forma autônoma.

As 5 oficinas temáticas, desenvolvidas no semestre 2010.1, foram realizadas entre março e junho, com as seguintes sugestões de temas para discussão e reflexão: 5ª Oficina: “Refletindo a relação terapeuta e mulher incontinente, um ser integral e complexo”; 6ª Oficina: “Refletindo o processo terapêutico da IU feminina”; 7ª Oficina: “Discutindo a organização do estágio curricular supervisionado”, a pedido dos acadêmicos; 8ª Oficina: “Compreendendo e discutindo as dificuldades dos acadêmicos de fisioterapia na assistência da mulher com IU”; e 9ª Oficina: “Propondo estratégias para superar as dificuldades”. Estas sugestões tiveram base nas minhas inquietações e experiência profissional, relatadas na introdução deste trabalho, e visaram responder aos objetivos propostos pela PCA.

Quanto à forma de registro dos dados coletados, o “Diário de Campo” (DC) foi o recurso principal para documentar as informações

provenientes das observações das aulas teóricas, das aulas práticas, das atividades do estágio e das oficinas, obtidas com o auxílio de um gravador digital e de anotações feitas por mim. Estas anotações foram organizadas no formato de notas condensadas e notas expandidas, sendo que as primeiras referem-se ao registro sintetizado realizado durante as observações (ou imediatamente após o término das mesmas) e as segundas estão relacionadas ao registro detalhado e pormenorizado das situações observadas, expandindo as anotações sintetizadas realizadas no local da coleta. Estas foram realizadas a partir das gravações e transcritas em meu computador pessoal (SPRADLEY, 1980; MONTICELLI, 2003).

Em relação ao tipo e organização dos registros, Monticelli (2003) sugere a divisão do DC em colunas, sendo que a coluna da esquerda fica destinada às “Notas de campo”, que correspondem ao registro dos dados brutos coletados. Na coluna da direita devem ser registradas as “Notas metodológicas”, referentes aos acertos que devem ser realizados na condução do trabalho e, em outra coluna, também à direita, as “Notas teóricas”, que englobam as interpretações e as reflexões teóricas das informações coletadas. A autora também sugere que os registros das informações ainda podem ser precedidos por itens de identificação, como data, hora e local da situação observada. Os registros das sensações, percepções e das expressões não-verbais associadas às expressões verbalizadas foram enfatizados em todo o processo investigativo (MINAYO, 2004; TRENTINI, PAIM, 2004).

4.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados, considerada por Trentini e Paim (2004) um momento bastante delicado para pesquisadores iniciantes, exige uma capacidade de abstração e uma atividade intelectual intensa. Devido à complexidade que envolve a PCA, as informações coletadas do cotidiano, aqui, neste estudo, relacionadas ao processo ensino-aprendizagem da Fisioterapia Uroginecológica, foram muito diversificadas e em grande quantidade. Isso leva à necessidade de simultaneidade na coleta e análise dos dados, pois a situação estudada não se mantém estável durante o período de coleta de dados e requer versatilidade na interpretação dos mesmos (TRENTINI; PAIM, 2004).

A fim de assegurar o rigor na análise dos dados, foram adotadas as seguintes etapas, propostas por Morse e Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004): processo de apreensão, síntese, teorização e recontextualização (transferência).

4.4.1 PROCESSO DE APREENSÃO

Esta etapa iniciou com a coleta das informações, oriundas das observações participantes, em aulas teóricas, práticas e nas atividades do estágio, e das oficinas temáticas, que foram organizadas e registradas no DC, para permitir a apreensão dos significados das mesmas. Um exemplo de como foi estruturado o DC pode ser observado no **Apêndice A**, que mostra um recorte da observação de uma aula prática em laboratório.

Mediante esta organização, foi possível identificar, no registro das informações, as palavras, frases ou temas-chave que persistiam e se repetiam nos relatos dos sujeitos. Reconhecendo estas informações repetidas, foi realizada a primeira “codificação”, ou seja, o procedimento que auxilia a separar o relato dos informantes de acordo com a ideia central, através da formulação de “códigos”. Para formular estes códigos, foram necessárias muitas leituras de todo material coletado e a reflexão acerca da palavra certa que iria representar o assunto em questão (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.4.2 PROCESSO DE SÍNTESE

Esta etapa significa o aprofundamento das informações obtidas na etapa anterior, onde ocorreu a apreensão, através de uma imersão total nos dados trabalhados, buscando a interpretação e familiarização com os mesmos, de forma que o pesquisador possa dominar o máximo possível o tema da investigação, rememorando detalhadamente as cenas do contexto estudado. O processo de síntese representa a “análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 95).

Este trabalho resultou na elaboração de um esquema preliminar, que aproximou os códigos formulados anteriormente, com as interpretações das informações, permitindo a consolidação de tais códigos. Uma parte do esquema, denominado “Consolidação da codificação”, pode ser observado no **Apêndice B**.

Após este passo, quando a interpretação atingiu seu ápice e conseguiu sintetizar e memorizar todo o processo, a fase analítica desembocou em categorias e subcategorias, agregando todo o conteúdo coletado e analisado, que apresento no **Apêndice C**.

4.4.3 PROCESSO DE TEORIZAÇÃO

De acordo com Trentini e Paim (2004), nesta etapa deve haver um alto nível de abstração das informações, mediante um trabalho de especulação, verificação, seleção, revisão e descarte, pois é o momento de decidir realmente quais informações exprimem de maneira mais significativa o âmago das questões levantadas, ao ser confrontados com os códigos e, principalmente, com as categorias e subcategorias construídas. É imprescindível aproximar as informações coletadas do referencial teórico, buscando a associação deste com os dados analisados, o que resulta na elaboração de novos conceitos, suas definições e interrelações, que constituem as conclusões do estudo. Esta etapa pode ser visualizada nos dois artigos que contemplam os resultados e a discussão da pesquisa (Capítulo 5 da Dissertação).

4.4.4 PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA

Após a finalização do processo analítico, onde procurei desvendar os significados dos resultados, as conclusões do estudo foram estabelecidas e, desta forma, foi possível realizar a a recontextualização, ou seja, um retorno à realidade de onde surgiu o problema de pesquisa, a fim de expor as respostas às questões investigativas, socializando os achados. Nesta recontextualização também se mostra possível a expansão dessas conclusões a situações similares, sem que esse processo seja entendido como poder de generalização. A transferência ou recontextualização permite, entretanto, que adaptações sejam realizadas para outras realidades (TRENTINI; PAIM, 2004). Se, por um lado, a PCA permite transformar a realidade do contexto estudado, por outro, pode ter seus resultados ampliados em outros cenários com características análogas.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI em 31 de julho de 2009 (**Anexo B**), sob protocolo n° 273/09 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC em 31 de agosto de 2009, sob processo n° 233/09 e certificado n° 235 (**Anexo C**).

Neste estudo foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96, do CNS (BRASIL, 1996) e na Declaração de

Helsinque (DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 1964), da Assembléia Médica Mundial, obedecendo aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Na pesquisa com seres humanos é dever do profissional da área da saúde proteger a vida, a saúde, a intimidade e a dignidade do ser humano. A investigação na área da saúde só se justifica se existem possibilidades razoáveis de que a população, sobre a qual a investigação se realiza, poderá beneficiar-se de seus resultados.

O presente estudo respeitou os princípios da formação do fisioterapeuta, que tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas, em especial o item I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional; o item XI - prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico e o item XII - manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978).

O Código de Ética Profissional de Fisioterapia, de acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, no capítulo II, artigo 7º trata do deveres do fisioterapeuta, entre eles: respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; respeitar o natural pudor e a intimidade do cliente; respeitar o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar; manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978).

Os acadêmicos, sujeitos da PCA, foram esclarecidos quanto aos benefícios que o presente estudo oferecia ao processo ensino-aprendizagem da fisioterapia uroginecológica, através de ações educativas reflexivas em grupo, além de serem tratados com dignidade, respeitando sua autonomia e garantindo que danos previsíveis fossem evitados. Os acadêmicos participaram do estudo após terem dado seu consentimento livre e esclarecido, através de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice D**), sendo que cada acadêmico ficou com uma cópia em seu poder.

As mulheres incontinentes usuárias dos serviços da Clínica de Fisioterapia da UNIVALI, na área de incontinência urinária feminina, e

assistidas pelos acadêmicos de fisioterapia, sujeitos da PCA, nas aulas práticas da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica e no ECS em Fisioterapia, foram questionadas quanto à possibilidade de permitir que a docente colaboradora-pesquisadora observasse a abordagem dos acadêmicos, através da leitura e assinatura do TCLE, e receberam uma cópia do mesmo (**Apêndice E**), por terem autorizado a observação durante a assistência fisioterápica. Caso não permitissem que os dados fossem coletados para efetivação da pesquisa, as mesmas não deixariam de ter seus direitos assistenciais resguardados.

Caso qualquer um dos acadêmicos de sexto ou do sétimo períodos não aceitasse participar da PCA, o mesmo teria sua decisão respeitada, não sendo registrada nenhuma informação a respeito de sua atuação nos cenários de aprendizagem. O acadêmico não teria nenhum prejuízo em suas atividades pedagógicas ou assistenciais e nenhum outro tipo de coação. Também foi garantido o anonimato, preservando os valores éticos e morais dos participantes, assim como o direito de desistirem de participar durante o processo, se assim desejassem.

Considero importante esclarecer que a docente da disciplina e os docentes supervisores do estágio não tiveram acesso às minhas anotações, sendo mantido sigilo das informações obtidas através da coleta de dados.

Estive disponível para o esclarecimento de eventuais dúvidas, seja dos acadêmicos, dos docentes que fazem parte do contexto pedagógico do estudo, das mulheres incontinentes sob assistência fisioterápica, ou mesmo da coordenação do Curso de Fisioterapia. Em todas as situações do desenvolvimento da PCA procurei reconhecer minhas limitações, aceitando críticas e sugestões, buscando aprimoramento científico, em benefício do grupo e do crescimento profissional.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados em forma de dois artigos, conforme a Resolução 06/PEN/2009, que dispõe sobre a apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O artigo intitulado **“A iniciação da aprendizagem na assistência fisioterápica à mulher com incontinência urinária: dificuldades apresentadas pelos acadêmicos e propostas de superação”**, apresenta resultados da pesquisa de campo e foi elaborado segundo as normas do Periódico Interface – Comunicação, Saúde, Educação (**Anexo D**), classificado como B2 pelo Qualis-CAPES.

O artigo intitulado **“Fisioterapia na incontinência urinária feminina: dificuldades e superações na visão de estagiários”** também apresenta resultados da pesquisa de campo e foi elaborado segundo as normas do Periódico Fisioterapia em Movimento (**Anexo E**), classificado como B3 pelo Qualis-CAPES.

5.1 ARTIGO — A INICIAÇÃO DA APRENDIZAGEM NA ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA À MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: DIFICULDADES APRESENTADAS PELOS ACADÊMICOS E PROPOSTAS DE SUPERAÇÃO

**A iniciação da aprendizagem na assistência
fisioterápica à mulher com incontinência urinária:
dificuldades apresentadas pelos acadêmicos e
propostas de superação³**

**La iniciación del aprendizaje en la asistencia
fisioterápica a la mujer con incontinencia urinaria:
dificultades presentadas por los estudiantes y
propuestas de superación**

**Initiating learning in physical therapy care for women
with urinary incontinence: difficulties presented by
academia and proposals to overcome**

Cilene Volkmer^I; Marisa Monticelli^{II}; Kenya Schmidt
Reibnitz^{III}

^I Mestranda, Programa de Pós-graduação em

³ Texto inédito, sem conflito de interesses, sendo parte integrante de Dissertação de Mestrado defendida no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisa subsidiada pela CAPES, sob forma de bolsa de estudos. Aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC, sob o protocolo nº 233/09.

Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Rua Duarte Schutel, 215/201 A, Centro. Florianópolis, SC, Brasil. 88015-640. (48) 3209 7012 e 9965 4492. E-mail: cilenev@gmail.com

II Docente, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. marisa@ccs.ufsc.br

III Docente, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. kenya@ccs.usfc.br

**A iniciação da aprendizagem na assistência
fisioterápica à mulher com incontinência urinária:
dificuldades apresentadas pelos acadêmicos e
propostas de superação**

RESUMO

Pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, objetivando compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia na iniciação da aprendizagem para assistir a mulher com incontinência urinária e construir estratégias conjuntas para superação destas dificuldades, sob suporte teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora. Os participantes foram 17 acadêmicos, matriculados na Disciplina Fisioterapia Uroginecológica, no semestre 2009.1. Das observações participantes e das oficinas emergiram dados que resultaram em quatro categorias: dificuldades em lidar

com a própria sexualidade, constrangimentos em compartilhar a intimidade com os colegas, dificuldades quanto aos aspectos interacionais com as mulheres e dificuldades quanto à organização da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica. O estudo permite compreender que, apesar destas dificuldades enfatizadas pelos acadêmicos, o diálogo e a criticidade mostraram-se essenciais na construção coletiva das propostas: abordagem precoce do tema sexualidade, abertura para dialogicidade nas disciplinas, vivências em grupo e inserção da realidade no cotidiano das atividades curriculares da fisioterapia uroginecológica, possibilitando transformar o processo de iniciação da aprendizagem da assistência fisioterápica à mulher com incontinência urinária.

Palavras-chave: Ensino superior. Fisioterapia. Aprendizagem. Incontinência urinária. Saúde da mulher.

**La iniciación del aprendizaje en la asistencia
fisioterápica a la mujer con incontinencia urinaria:
dificultades presentadas por los estudiantes y
propuestas de superación**

RESUMEN

Investigación cualitativa, convergente-asistencial, objetivando comprender las dificultades presentadas por los estudiantes de fisioterapia en la iniciación del aprendizaje para asistir la mujer con incontinencia urinaria y construir estrategias conjuntas para superación de estas dificultades, sobre soporte teórico-metodológico de la Pedagogía Libertadora. Los participantes fueron 17 estudiantes matriculados en la Disciplina Fisioterapia Uroginecológica la mitad 2009.¹ De las observaciones participantes y de los talleres emergieron datos que resultaron en cuatro categorías: dificultades en lidiar con la propia sexualidad, vergüenza en compartir la intimidad con los compañeros, dificultades sobre los aspectos de interacción con las mujeres y dificultades en la organización de la Disciplina Fisioterapia Uroginecológica. El estudio permite comprender que, a pesar de estas dificultades enfatizadas por los estudiantes, el diálogo y la crítica se mostraron esenciales en la construcción colectiva de las propuestas: abordaje precoz del tema de sexualidad, abertura para el diálogo en las disciplinas, vivencias en grupo e inserción de la realidad en lo cotidiano de las actividades curriculares de la fisioterapia

uroginecológica, posibilitando transformar el proceso de iniciación del aprendizaje de la asistencia fisioterápica a la mujer con incontinencia urinaria.

Palabras claves: Educación superior. Terapia física. Aprendizaje. Incontinencia urinaria. Salud de la mujer.

Initiating learning in physical therapy care for women with urinary incontinence: difficulties presented by academia and proposals to overcome

ABSTRACT

This qualitative, convergent-care study seeks to better comprehend the difficulties presented by physical therapy academics initiating learning towards caring for women with urinary incontinence and to construct strategies to overcoming said difficulties, with theoretical-methodological support from Liberation Pedagogy. Participants were 17 students enrolled in the class Urogynecological Physical Therapy in 2009.1. From participants' observations and workshops, data emerged and resulted in four categories: difficulties in dealing with one's sexuality; embarrassment sharing intimacy with colleagues; difficulties with interactional aspects with women with urinary incontinence; and difficulties related to organizing the class, Urogynecological Physical

Therapy. This study permits us to understand that even with such difficulties emphasized by academics, dialogue and critical perspectives show themselves to be essential in collectively constructing proposals: premature approaches to sexuality; openness to dialogue in disciplines; group living experiences; and insertion in day-to-day realities of curricular activities of urogynecological physical therapy, making it possible to transform the initiation to learning process for physical care to women with urinary incontinence.

Keywords: Higher education. Physical therapy. Learning. Urinary incontinence. Women's health.

Introdução

Na fisioterapia, a área relacionada com a assistência à mulher engloba abordagem nas situações de Incontinência Urinária (IU), sendo que o futuro profissional deve aprender a realizar o exame ginecológico fisioterápico durante a graduação. Portanto, no currículo de qualquer curso de formação em fisioterapia, que almeje a formação de profissionais generalistas, a complexidade da situação que abrange esta assistência e a sutileza necessária para conduzi-la

de maneira satisfatória e adequada são fatores determinantes para o desempenho futuro.

Sabe-se que a abordagem fisioterápica implica em envolvimento mais estreito do profissional com a “alma feminina”, pois as mulheres, comumente, não apresentam e/ou relatam apenas problemas físicos. A perda de urina também gera consequências emocionais e psicossociais, provocando constrangimento e levando, muitas vezes, à depressão e ao isolamento social. Higa, Lopes e Turato (2008) revelam que a qualidade de vida da mulher incontinente fica comprometida em várias esferas e sugerem que profissionais de saúde incentivem as mulheres a compartilharem suas experiências de vida. Em face disto, os profissionais devem estar bem preparados, no sentido de abarcar todas as dimensões aí envolvidas.

O processo que envolve a aprendizagem da assistência à mulher e, mais especificamente, do exame clínico ginecológico, há algum tempo vem inquietando profissionais e professores da área da saúde, em particular, os da medicina, notadamente pela natureza íntima e pelos mecanismos emocionais envolvidos na aquisição de competências para a realização deste procedimento. Tais sentimentos geram desconforto para

as mulheres, para os estudantes e também para os facilitadores da aprendizagem (Aragão et al, 2009; Tang, Skye, 2009; Fortier et al, 2006; Wanggren et al, 2005). Além disso, este processo de ensinar e aprender pode abranger questões sobre a saúde sexual, acarretando em uma situação clínica potencialmente difícil e embaraçosa para os estudantes (Henderson, Johnson, 2002).

Na vivência curricular, como docente de fisioterapia, percebe-se que o processo de iniciação para assistir a mulher com IU é fundamental no desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para realizar esta abordagem multifacetada.

No curso de graduação em fisioterapia de uma universidade catarinense, a formação profissional na área uroginecológica, onde a assistência à mulher com IU está inserida, envolve atividades realizadas no sexto e sétimo períodos. Embora dificuldades apareçam em todo percurso, é no sexto período que começam a ser percebidas, pois é quando os acadêmicos principiam o processo de aprendizagem nesta área, ao cursarem a Disciplina Fisioterapia Uroginecológica.

Os acadêmicos aprendem a entrar em contato com as mulheres com IU, mediante a participação em

aulas teóricas e práticas, ministradas pela docente da disciplina. Nas aulas teóricas são utilizadas estratégias expositivo-dialogadas. As práticas são realizadas primeiramente em laboratórios, com moldes em silicone de pelves femininas e, posteriormente, os acadêmicos iniciam a prática assistencial às mulheres portadoras de IU na Clínica de Fisioterapia, em duplas ou trios, sempre acompanhados de perto pela docente.

Como supervisora de estágio do sétimo período, onde os acadêmicos desenvolvem assistência direta e individual às mulheres portadoras de IU, a pesquisadora vinha observando que os mesmos expressavam dificuldades de diversas ordens, ao abordarem essas mulheres. Ao aprofundar essa inquietação, aventou-se que o problema poderia se originar ainda no período anterior, ou seja, na vivência curricular do sexto período, quando entram em contato pela primeira vez com a realidade da fisioterapia uroginecológica.

Naquele momento inicial de aprendizagem da assistência à mulher com IU, os acadêmicos relatavam que sentiam medo, insegurança, angústia, ansiedade e constrangimento. Ao contatar as mulheres, acompanhados da docente, não emitiam opiniões e não

questionavam, permanecendo distantes e, de certa forma, sugerindo sentirem-se acuados e desconfortáveis.

O problema da iniciação no processo de aprendizagem há algum tempo tem sido estudado na área da saúde. Valsecchi e Nogueira (2002) identificaram que a inserção do aluno de enfermagem na prática gera tensões, desencadeando alguns aspectos negativos. Zani e Nogueira (2006) também levantaram fatores que interferem no processo ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem e recomendaram que o professor precisa incentivar mudanças comportamentais, respeitando a experiência de vida do aluno.

No caso da fisioterapia, percebem-se lacunas quanto ao desenvolvimento de conhecimentos na área uroginecológica, e ainda, de modo mais contundente, há vazios de saberes relacionados com o processo de formação profissional, particularmente com o aprendizado da assistência à mulher com IU (Bonini-Rocha, 2008; Suesada, 2008; Teixeira, Oliveira, 2007).

Diante disso, os objetivos desta pesquisa foram: 1) compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia na iniciação da aprendizagem para assistir a mulher com incontinência urinária; 2) construir estratégias conjuntas com os acadêmicos de

fisioterapia para a superação das dificuldades apresentadas.

Caminho teórico-metodológico

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial (PCA), que proporciona convergência entre a investigação e a prática assistencial e/ou educativa, possibilitando a resolução de problemas cotidianos dos profissionais da saúde (Trentini, Paim, 2004). Este método está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado, o que requer empenho dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais e/ou educativas, unindo o saber-pensar ao saber-fazer. A PCA tem como uma de suas principais características, a participação da clientela e/ou dos alunos – a depender da situação-problema recortada da realidade social – como sujeitos da pesquisa. Esta peculiaridade a insere, pois, como um tipo de pesquisa-ação.

Os sujeitos da PCA foram os acadêmicos de um curso de graduação em fisioterapia de uma universidade catarinense, privada. Estes acadêmicos estavam regularmente matriculados no sexto período curricular,

durante o semestre 2009.2, na Disciplina Fisioterapia Uroginecológica. No primeiro dia letivo do semestre, os mesmos foram contatados pela pesquisadora, informados quanto aos objetivos do estudo e convidados a participar. A amostra foi constituída por 17 acadêmicos, representando o número total de matriculados, sendo 11 alunas e 6 alunos, com idade entre 20 e 36 anos. A pesquisadora, durante todo processo, acompanhou o trabalho da docente da disciplina, com aquiescência imediata da mesma.

A PCA foi desenvolvida em sala de aula, laboratório e clínica do curso de fisioterapia da instituição, após contato prévio e autorização formal da Direção do Centro e da Coordenação do Curso. A coleta de dados deu-se por meio de observações participantes e de oficinas, entre agosto e novembro de 2009.

As **observações participantes** foram realizadas pela pesquisadora, que assumiu uma posição de membro do grupo e, através da observação informal durante as aulas teóricas e práticas, desenvolvidas pela docente da disciplina, e da vivência conjunta com os acadêmicos, procurou interferir minimamente no comportamento do grupo. Este tipo de observação permite captar uma variedade de nuances de situações

sociais, que não poderiam ser obtidas facilmente por outros meios. Trata-se de uma técnica “[...] construída pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos” (Minayo, 2004, p.143), sendo que, através dela, “[...] se chega ao conhecimento da vida do grupo, a partir do interior dele mesmo” (Gil, 1995, p.108). São estes movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da prática educativa que, segundo Trentini e Paim (2004), caracterizam a PCA.

Quanto às 4 **oficinas**, realizadas com base na Pedagogia Libertadora (Freire, 2006), as mesmas ocorreram em salas da Clínica de Fisioterapia, com participação de 2 a 5 acadêmicos em cada encontro, totalizando 7 participantes. Destes, um participou de três oficinas, três participaram de duas oficinas e três acadêmicos participaram de uma oficina. Os encontros duraram, em média, 1 hora e 30 minutos, sendo que a escolha dos dias foi realizada em conjunto com os sujeitos, em horários que não interferissem nas atividades acadêmicas.

As oficinas foram compostas por 4 fases e adaptadas segundo a proposta de Basso e Monticelli (2010), sendo que a 1ª fase englobou acolhimento, preparação do ambiente e estímulo à consciência

corporal, alongamentos e relaxamento; a 2ª fase constou de dinâmicas em grupo, estimulando a desinibição; a 3ª fase representou o momento de discussão e reflexão sobre o tema da oficina, levantado pela pesquisadora mediante sua experiência prévia no processo ensino-aprendizagem desta área, através de 5 etapas: a) relato da percepção da realidade a respeito do tema sugerido; b) eleição dos problemas encontrados e seleção dos principais a serem discutidos; c) sugestões de soluções para esses problemas; d) discussão sobre a maneira de colocar em prática as soluções encontradas; e) análise do foco da discussão, associado à assistência fisioterapêutica da mulher com IU; a 4ª fase foi o encerramento da oficina.

Os registros das observações e das oficinas foram feitos por meio de gravações em equipamento digital, com posterior transcrição, e anotações em diário de campo, das informações relacionadas aos aspectos teórico-metodológicos envolvidos, bem como registro das sensações, percepções e das expressões não-verbais associadas às expressões verbalizadas em todo o processo investigativo.

A análise dos dados coletados deu-se através do *corpus* dos depoimentos e das observações e buscou-se

aproximação com o referencial da educação problematizadora. Esta tarefa compreendeu as etapas propostas pela PCA e na primeira, denominada apreensão, após coleta e organização dos dados, os mesmos foram codificados através da identificação de palavras-chave, mediante leituras e releituras das informações obtidas e, a partir dessa codificação, foi possível estabelecer as categorias dos resultados. Na segunda etapa, ocorreram os processos de síntese, teorização e transferência, com a completa imersão nos dados, obtendo familiaridade e aprofundamento nas informações trabalhadas na primeira etapa, que possibilitaram a interpretação à luz da Pedagogia Libertadora e, finalizando esta etapa analítica, procurou-se desvendar os significados dos resultados, com a intenção de elaborar as conclusões do estudo e socializar os achados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade onde foi realizada a pesquisa, sob protocolo nº 273/09.

Resultados e discussão

Os resultados foram analisados a partir das 4 categorias que emergiram dos dados brutos e incorporam as dificuldades encontradas e as estratégias de superação.

1. Dificuldades em lidar com a própria sexualidade

Em relação ao modo como lidam com a própria sexualidade, houve diferença entre os sexos, pois enquanto as acadêmicas demonstraram ter constrangimento e vergonha em relação ao próprio corpo, fato que iniciou na adolescência e persiste até o momento, os acadêmicos não relataram esta dificuldade. A vergonha delas estaria relacionada, principalmente, com a exposição de parte íntima do corpo, o que tornou-se evidente ao relatarem como se sentem ao realizar consulta com médico(a) ginecologista, a despeito da necessidade de submeterem-se ao exame ginecológico periodicamente.

Acadêmico H: “é, eu sempre fui acostumado a jogar futebol. Não existia um chuveiro pra cada um, era único.

Ficava dez junto ali debaixo [...] sem problemas de ficar ‘pelado’ na frente do outro”.

Em outro momento, a acadêmica M diz: “não é (vergonha) do corpo, é de mostrar uma parte íntima! Eu vou (ao ginecologista) por obrigação [...] porque eu fico nervosa o dia todo! [...] e olha que ele me deixa bem à vontade [...] mas fico nervosa, tensa! Não sei porque [...] ainda tem a posição (para realizar o exame ginecológico), tem tudo! Sei lá, tenho vergonha”.

Quanto ao constrangimento em submeter-se ou ao realizar o exame ginecológico, estudantes de medicina também referiram este sentimento, tanto ao simular exame ginecológico em colegas, quanto ao ser submetido à simulação, principalmente em relação à posição ginecológica que causou a sensação desconfortável de sentirem-se muito ‘expostos’ (Aragão et al, 2009).

Acadêmicos e acadêmicas comentam que a questão da sexualidade não é abordada durante o curso e que, desta forma, não se sentem preparados para lidar com suas próprias dúvidas e limitações.

Acadêmica T: “olha, uma coisa são as conversas [...] mas dentro da sala não tem isso não”. O acadêmico H complementa: “o fortalecimento dessa parte de sexualidade não se aborda. Não é falado nada”.

Em outro momento, a acadêmica G fala: “quando entramos na faculdade, não sabemos se ainda somos adolescentes ou adultos, não sabemos como nos comportar [...]”.

A perspectiva dos acadêmicos está associada ao pensamento freireano de que “mudar é difícil, mas é possível” (Freire, 2000, p. 52), para mostrar que o educando se torna realmente educando quando e na medida em que conhece ou vai conhecendo sua realidade. Os seres humanos, ao refletirem sobre si e o mundo, aumentam seu campo de percepção e se “percebem” (Freire, 2008).

De modo geral os acadêmicos mostraram não conhecer o próprio corpo e demonstraram vergonha quando convidados a realizar este autoconhecimento. Frente à proposta da professora, realizada durante uma das primeiras aulas teóricas, de treinar o exame ginecológico ou do períneo em si mesmos, os acadêmicas não realizaram o exame e não conseguiram justificar a razão desta conduta.

Acadêmica G: “eu não fiz! Não sei, acho que é porque queríamos primeiro ver a professora fazer (o exame em uma paciente). Sei lá, faltou coragem [Risos]”.
Acadêmica M continua: “não sei explicar”!

A outra proposta feita pela professora, de realizar o treinamento do exame ginecológico ou do períneo em pessoas conhecidas (familiares, amigos ou namoradas/namorados) também não foi aceita. As acadêmicas justificaram que não fariam, pois acreditavam que as outras pessoas ficariam constrangidas.

Acadêmica G: “acho melhor não conhecer a pessoa e fazer (o exame vaginal) [...] do que conhecer e ter que fazer [...] aí tu já conhece aquela pessoa e fica aquela dúvida: será? Não sei, não sei nem explicar, eu não faria”. O acadêmico H segue: “eu acho assim, é uma região [...] é [...] íntima da pessoa, querendo ou não. Se você a conhece, tu vai ter algum respeito por ela e aí tu fica mais trancado, tu não consegue desrespeitar essa pessoa”.

Mais adiante, a acadêmica G diz: “a gente até tem intimidade com as amigas, de tomar banho ou de trocar a roupa, sem problemas [...]”. E a acadêmica M complementa: “mas aí, até o ponto de fazer o exame nelas [...] acho que iam ficar envergonhadas [...]”.

Sentimentos como embaraço, ansiedade, medo de machucar e falta de confiança, associados à visão de que ‘mulheres não gostam de exames ginecológicos’, são esperados em estudantes inexperientes e, muitas

vezes, são usados como justificativa para os mesmos não realizá-los (Wanggren et al, 2005).

Para superar estas dificuldades, propuseram algumas estratégias. A primeira refere-se a ter amor-próprio, aprendendo a gostar do próprio corpo e a valorizar-se, aceitando suas qualidades ou defeitos. É imprescindível descobrir-se como pessoa e ir ao encontro de si mesmo. Segundo os preceitos da Pedagogia Libertadora, isto significa descobrir-se uma presença importante no mundo, “[...] presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz e também do que sonha” (Freire, 2009, p.18).

Acadêmica A: “temos que dizer: eu gosto do meu nariz, das minhas mãos, gosto do meu corpo”!

Acadêmico H: “é isso aí. Mesmo sem gostar de tudo, é o meu corpo”!!

Percebeu-se que nem todos desejavam manifestar-se sobre isso; situação respeitada pelo grupo e pela pesquisadora, pois um princípio importante da prática dialógica é que a mesma não exige que todos devam dizer alguma coisa, pois no diálogo verdadeiro, tem-se o direito de permanecer em silêncio (Freire,

Schor, 2008). Essa também é uma forma de comunicação.

A segunda estratégia sugerida foi permitir-se novas experiências acadêmicas, buscando a desinibição, principalmente em relação ao fato de ter que se submeter ao exame ginecológico ou ter que realizá-lo, almejando, deste modo, o crescimento, como pessoa e futuro profissional.

Acadêmica N: “aprender a lidar com a sexualidade é algo evolutivo. À medida que vamos vivenciando diferentes experiências, vamos aprendendo a lidar [...] amadurecendo”. Acadêmica A complementa: “cada um precisa achar uma maneira de se livrar desses tabus, começar a se conhecer e se permitir [...]”.

A terceira estratégia diz respeito a conversar mais em grupo sobre sexualidade. Acreditam que o incentivo à reflexão deva ser iniciado o mais precocemente possível e, de preferência, no primeiro período do curso. Assim, gradativamente, teriam melhores chances de familiarizarem-se com a discussão coletiva e se fortalecerem emocionalmente para a superação dos sentimentos adversos.

Acadêmico P: “essa forma desta pesquisa, com estes encontros, a própria conversa com os colegas, facilita

muito superar estas dificuldades. Estas conversações sobre sexualidade deveriam ser estimuladas desde o primeiro período”. Acadêmica M prossegue: “essas oficinas facilitam a discussão de assuntos mais delicados e ajudam a desinibir”.

Outra estratégia apontada foi participar de atividades preparatórias para a fisioterapia uroginecológica em disciplinas anteriores ao sexto período do curso, como por exemplo, na disciplina Ética e Cidadania. Além disso, deve haver uma aproximação progressiva sobre o contexto geral da assistência à mulher com IU em disciplinas cujos conteúdos abordem Antropologia, Deontologia e Psicologia. Este fator pode ser fundamental na aceitação, ou mesmo na criação de propostas e de métodos para treinamento do exame ginecológico.

Acadêmica G: “[...] dá pra perceber que se tivesse uma espécie de introdução da urogineco (fisioterapia uroginecológica), facilitaria. Por exemplo, a gente podia falar sobre como abordar o assunto da sexualidade com as mulheres na Antropologia, Deontologia, Psicologia [...] antes do quinto e sexto períodos”.

Segundo Marin et al (2010), estudantes devem ser capazes de participar ativamente da aprendizagem, propondo questionamentos relevantes para o contexto e

buscando soluções, que surgem de forma democrática quando discussões em grupo são estimuladas.

O exercício do pensamento crítico permitiu que os sujeitos da pesquisa visualizassem seus problemas em relação a lidar com a própria sexualidade durante o processo vivido. O que antes das oficinas era apenas sentido de forma vaga e distante, passou a ser compreendido e refletido. Ao apresentarem estas estratégias, assinalam que a união do grupo, através das discussões, promove suas transformações em sujeitos ativos, críticos e fortalecidos na superação do constrangimento em relação ao próprio corpo, assim como a ultrapassarem tabus.

2. Constrangimentos em compartilhar a intimidade com os colegas

A proposta pedagógica de treinamento do exame ginecológico entre os colegas levou à exteriorização de sentimentos de acanhamento, principalmente em relação à exposição corporal. A inibição e a timidez tornaram-se mais evidentes entre as acadêmicas. Os acadêmicos relataram que não teriam problemas em expor o próprio corpo ou em deparar-se com a intimidade da colega,

embora estes saibam de antemão que elas não concordariam com o exercício.

Acadêmica T: “acho que eu teria vergonha de alguém da turma fazer em mim, sabe? Como a A e o H falaram [...] eu não me exponho”. Acadêmica A reflete e diz: “eu teria vergonha de fazer (o exame) numa amiga minha ou se alguma delas fizesse em mim [...]”.

Em outro momento, o acadêmico H fala: “não tem como (realizar nos colegas)! Imagina fazer esse exame numa aula prática com colegas [...] mulher sempre acha que o homem quer se aproveitar, né”?

Dificuldades quanto à exposição na frente de colegas também foram relatadas no estudo de Brêtas, Ohara e Querino (2008), pois alguns estudantes de enfermagem não concordaram com a proposta de atividades voltadas à orientação da sexualidade, por sentirem-se expostos ao freqüentar um curso desta natureza na universidade.

O constrangimento em verbalizar questões íntimas na frente dos colegas também apareceu nos depoimentos. Os acadêmicos e acadêmicas mostraram o quanto era difícil participar de atividades em grupo, quando a sexualidade estava em debate.

Acadêmica A: “é, com certeza, se tivesse mais gente eu não falaria o que eu falei [...] (referindo-se ao pequeno número de colegas presentes no encontro)”.

Acadêmico H: “eu também não”!

Mais adiante o acadêmico P complementa: “[...] nos primeiros encontros, quando a gente (rapazes) tava lá fora, esperando a hora de começar, eu via que umas meninas saiam de ‘mansinho’ e iam embora [...] acho que elas ficavam com vergonha de falar disso na nossa frente. Às vezes, quando ficavam, acabavam falando quase nada [...] entravam mudas e saiam caladas”!

Uma tentativa de minimizar o desconforto de estudantes de medicina em compartilhar questões sobre a sexualidade e em aprender o exame ginecológico foi realizada no estudo de Aragão et al (2009), sendo que os alunos trocaram de papéis com as alunas, através da simulação do exame ginecológico, onde o aluno representava a mulher a ser examinada e a aluna realizava o exame. Esta experiência estimulou o compartilhamento de questões íntimas entre colegas de sexos opostos.

De acordo com Pereira (2009), apesar das dificuldades e constrangimentos sofridos por alunos de enfermagem ao vivenciarem questões de sexualidade durante o curso, percebeu-se que ninguém falava abertamente sobre isso com colegas e tampouco com o

docente. Os momentos difíceis eram vivenciados quase que solitariamente.

Neste estudo, apesar da vergonha em compartilhar a intimidade com colegas, os participantes verbalizaram que poderiam ultrapassar tal sentimento, “simplesmente” encarando o debate em torno do tema, no ambiente universitário, promovendo “círculo de amigos”.

Acadêmica M: “eu sei que isso tem que partir da gente, não adianta esperar que alguém vá resolver o problema da minha timidez [...] é nosso interesse começar a falar com os colegas sobre esses assuntos, afinal, todos praticamente sentem as mesmas dificuldades [...] um pode ajudar o outro. E depois a gente vai precisar disso, quando tiver com as pacientes”. O acadêmico P acrescenta: “acho que isso devia começar no centro acadêmico do curso [...] não é pra isso que ele existe”?

Para ocorrer a verdadeira transformação, como experimentado pelos sujeitos da pesquisa, é preciso o entendimento de que a percepção crítica do problema não basta para mudá-lo. Não basta perceber o que está causando o problema para resolvê-lo. É necessário agir, fazer alguma coisa concreta (Freire, 2008).

Outra estratégia de superação é compartilhar experiências e sentimentos nas vivências em grupo, ou

seja, transpor a barreira do medo de expor-se, dividindo situações vividas, falando, ouvindo, discutindo e buscando o envolvimento do grupo. As oportunidades para estas vivências em grupo devem ser criadas e os sujeitos, reais interessados neste processo, precisam negociar espaços, tanto em disciplinas, quanto em atividades extracurriculares.

Acadêmico H: “eu vejo que isso que nós tamos discutindo pode realmente surtir efeito [...] podemos fazer a proposta pra coordenação, conseguir um horário por semana, ou quinzenal, um lugar pra se reunir e um professor pra ajudar [...]”. Continua a acadêmica A: “é mesmo, que nem essa dos papéis colados no bombom (uma dinâmica utilizada para a condução da oficina). Se for pra falar espontaneamente, eu sei que não sai nada, mas com uma ajudinha, a gente acaba conseguindo falar [...] e também pensar e achar maneiras de resolver os problemas”!

O fato de interessarem-se por discussões sobre sexualidade com amigos ou colegas e compartilharem experiências e sentimentos nas vivências em grupo, conduzidos por um docente facilitador, pode resultar em sujeitos mais conhecedores de suas realidades e mais dispostos à trocas e debates, tornando-os mais partícipes, inclusive, na solução dos problemas que são coletivos.

3. Dificuldades quanto aos aspectos interacionais com as mulheres com IU

Os participantes revelaram, tanto nos depoimentos, quanto nas observações, dificuldades em relação à interação com as mulheres assistidas nas aulas práticas, notadamente quanto à comunicação e ao vínculo. Quando não havia entendimento entre os envolvidos, mesmo quando uma linguagem acessível era adotada ou, às vezes, quando as mulheres se expressavam através do modo característico do local em que viviam, a formação do vínculo ficava prejudicada.

Acadêmica N: “a maior dificuldade [...] é em relação às mulheres entenderem o que tu tá querendo fazer, o que tu tá querendo perguntar [...] o modo de chegar e perguntar isso, abordar, porque muitas vezes elas não entendem, nem sabem porque tão fazendo aquilo ou pra quê. Acho que isso dificulta um pouco o andamento [...] criar um vínculo. Tem também tem o nível de escolaridade [...]”.

Em outro encontro, a acadêmica G pondera: “professora, e a nossa paciente? [...] para nós duas a avaliação foi horrível!! [...] nossa paciente tem um sotaque carregado. Além disso, fala muito rápido [...] eu fui ficando muito nervosa, não entendia nada do que ela falava e também não consegui fazer perguntas, pois ela não deixava espaço pra nós [...]”.

O constrangimento das mulheres assistidas também pode dificultar a comunicação e o vínculo. Segundo Higa, Lopes e Turato (2008), as mulheres mais idosas tendem a sentir mais vergonha em compartilhar seus problemas de perda urinária com os profissionais de saúde, além disso, a forma de comunicação é importante para estabelecer o vínculo e a empatia.

Para Rees, Sheard e McPherson (2004), estudantes de medicina preferem aprender habilidades de comunicação através da prática com pacientes reais, após terem sido submetidos ao treinamento desta habilidade com pacientes simulados e reais, ademais, consideram que leituras e seminários não são suficientes para esta aprendizagem.

Barreiras culturais também causaram dificuldades na interação entre acadêmicos e mulheres com IU, provavelmente em decorrência de diferentes experiências de vida, crenças e valores, de modo particular em relação à hábitos de higiene e, em alguns casos, pela questão da idade, principalmente quando acadêmicos assistiam mulheres muito jovens ou muito idosas.

Acadêmico H: “eu me sinto um pouco [...] não é constrangido, eu não me sinto bem com a idade dos pacientes, parece uma questão de respeito”. Acadêmica M contribui: “[...] não sabe o que te espera. [...] na hora a gente ficou meio assim, tipo, que a nossa paciente aquele dia não tava [...] [Risos] em condições de higiene, assim, melhores, tava beeeem feia, assim na hora, sabe”? Acadêmico H retruca: “infelizmente, pode ser da cultura dela não tomar banho, tu não sabe qual é o costume dela! [...] não teria como mandar ela embora, né”? Acadêmica M argumenta: “se tivesse demais (o mau cheiro) [...] acho que eu iria fazer outra coisa, conversar e pra próxima (sessão), tentar vir melhor [...]”.

Mais adiante, o acadêmico E comenta: “e quando ela chega e diz ‘Ah, a minha vizinha já teve um problema assim e fez isso e passou’. Ela acaba seguindo a receita da vizinha, de uma amiga, é um fator que complica [...] é um impedimento pro tratamento”.

A identidade cultural, tanto dos acadêmicos, quanto das mulheres assistidas, inerente ao ser humano, deve ser respeitada, acima de tudo. A experiência histórica, política, cultural e social dos homens e mulheres, quando entrelaçadas de maneira solidária e respeitosa, permitem a construção de uma sociedade mais justa e, com esta finalidade, devemos buscar a prática do ‘pensar certo’, que pressupõe disponibilidade ao risco, aceitação do novo e rejeição da discriminação (Freire, 2009).

Outra dificuldade percebida foi abordar a mulher portadora de IU como ser integral, pois os acadêmicos verbalizaram que o direcionamento do curso para a proposta de integralidade permanece na “esfera teórica”. Ao mesmo tempo em que concordavam com a importância de conhecer o contexto social da mulher, também demonstravam dúvidas quanto à maneira de realizar esta abordagem integral, relatando achar ‘complicado’ prestar a assistência e dar atenção à mulher como um todo.

Acadêmica A: “[...] falando do contexto de saúde, que é um todo, e não partes, eu pergunto: como é na faculdade? Porque nós estudamos muito os conceitos assim, daí [...] como vai ser abordado? [...] Daí, ele (professor do curso) pegou o microfone e: [...] ‘Na faculdade vocês aprendem a ver o paciente como um todo’ [...] isso é mentira! Qual é a primeira coisa que dizemos? Perguntamos pra paciente: ‘qual é sua queixa principal’”? Acadêmica T acrescenta: “é, daí só foca no problema, na dor que a pessoa tá sentindo [...]”. Acadêmica A opina: “não tem foco em saúde, todo mundo fala de doença. Daí a fisio o que que é? Tu não vai fazer (tratamento) no corpo todo, tu vai fazer onde tá machucado, onde tá o problema. E ele (professor do curso) disse que a gente aprende a fazer como um todo, que o paciente é como um todo, mas não é [...]”.

Na concepção da Pedagogia Libertadora, teoria e prática se complementam, enquanto a teoria pode ser

entendida como a reflexão, a prática se expressa pela ação a partir da realidade. Esta relação de teoria e prática se traduz na reflexão teórica, gerando uma atitude, a ação-reflexão-ação transformadora (Freire, 2006). Deste modo, percorrer este caminho requer conhecimento da realidade, análise e reflexão sobre a mesma, culminando na transformação através da prática.

Ao aprofundarem a reflexão sobre aspectos interacionais, referiram que lidar com queixas sexuais é algo complexo e difícil. Muitas mulheres com IU relatavam dispareunia e anorgasmia, associadas à perda urinária, e os acadêmicos tiveram dificuldades em abordar e enfrentar esta situação.

Acadêmica G: “[...] a gente tem mais senhoras aqui. Como chegar e abordar sobre sexo, como que tá, se ainda faz, se não faz, sobre relações sexuais? [...] até o entendimento delas [...] e às vezes elas vão falar e não é aquilo que tá acontecendo. É, foi muito constrangedor [...]”. Acadêmica N diz: “[...] difícil nos primeiros atendimentos, é claro”!

Em outro momento, a acadêmica T expõe: “não, ele (marido) não reclamava, mas [...] pra ele era ruim aquilo, né? Aí tá, eles saiam pra caminhar e ele dizia: ‘vamo, vamo’ [...] e já tinha vazado xixi e ela tinha vergonha [...]”.

Abordar a mulher com problemas relacionados à sexualidade é um sério problema para estes futuros fisioterapeutas, assim como é para outros aprendizes profissionais. Acadêmicos de enfermagem também são imbuídos de estranheza e embaraço, pois retratam o não saber lidar com questões que envolvem tocar um corpo em sua intimidade, sobretudo quando comparam o aprendizado com bonecos, em laboratórios, com a pessoa que recebe a assistência, que tem vida e sexualidade, com um corpo que exala calor e odores (Pereira, 2009). Da mesma forma, o estudo de Henderson e Johnson (2002) aponta que o desenvolvimento de habilidades e atitudes em estudantes de medicina, ao conduzir conversas potencialmente embaraçosas à respeito da saúde sexual, exige extrema sensibilidade, tanto dos discentes, quanto dos docentes envolvidos no processo de aprendizagem.

Diante desta problemática, as estratégias de superação indicam que priorizar informalidade e planejamento prévio auxiliam no enfrentamento das dificuldades de comunicação e de formação do vínculo, através da utilização de conversa descontraída no primeiro atendimento, de planos alternativos para

situações inesperadas, do atendimento individual e do remanejamento ou encaminhamento da mulher para outro serviço.

Acadêmica A: “ah, acho que conversando, já vai quebrando preconceitos, sabe? Conversar sem aquela formalidade, a pessoa se solta mais”. Acadêmico S complementa: “pra mim, o acadêmico deveria ter mais autonomia pra encaminhar pacientes [...] no caso de não formar vínculo, a paciente pode ser remanejada pra outro colega ou encaminhada pra outro serviço da cidade”. Acadêmica G retruca: “olha, eu já acho que [...] tinha que dar alta [...] vaga pra alguém que valorize o que tá recebendo”. Acadêmica T opina: “[...] os atendimentos em dupla não ajudam nessa formação do vínculo. Tinham que ser individuais, aí a gente tem mais contato e acaba tendo mais segurança”.

Outra estratégia aponta no sentido de priorizar o diálogo, aceitando e respeitando a mulher assistida no seu modo de ser.

Acadêmica M: “o acadêmico deve deixar de lado suas crenças, seus tabus durante o contato com as mulheres, pra aceitá-las com suas características, com seu modo diferente de ser [...]”. Acadêmico P contribui: “acho que a gente tem que aprender a respeitar a mulher nas suas opiniões e atitudes”. Acadêmica A acrescenta: “pra mim, o diálogo com a mulher é importante pra ela compreender o que tá sendo feito, aceitar e aderir ao tratamento”.

O diálogo entre terapeuta e mulher com IU não os torna iguais, mas marca a posição democrática entre ambos. Os sujeitos dialógicos conservam sua identidade, a defendem, e crescem um com o outro (Freire, 2008).

Outra estratégia sugerida é focar no essencial, pois enquanto aprendizes, entendem que é impossível contemplar todos os aspectos da mulher assistida, embora reconheçam a importância de abordar integralmente esta mulher, para o bom resultado da assistência prestada.

Acadêmica N: “a gente tava discutindo que, assim, realmente temos que saber o que ela tem, o que ela é, quem ela é! O meio que vive, não que a gente vai tratar aquilo tudo! É só pra conhecer [...] a gente vai tratar o que é mais importante [...] então assim, é mais pra gente ter noção de quem é aquela pessoa, conhecer ela como um todo, não que a gente vai tratar tudo dela”.

A última estratégia para enfrentar as dificuldades interacionais é alicerçar a relação na confiança mútua, demonstrando respeito e assegurando o sigilo das informações de natureza íntima, colocando-se à disposição e, também, relatando suas próprias experiências pessoais, que muitas vezes não diferem das relatadas pelas mulheres.

Acadêmica G: “pra mim é importante trabalhar nosso próprio psicológico, se preparar para ouvir coisas cabeludas e tentar ajudar. Quem sabe até encaminhando a mulher pra psicologia [...]”. Acadêmica M enfatiza: “é [...] e tem muita coisa que elas sentem, que nós também sentimos, a vergonha, o constrangimento [...] se a gente falar abertamente sobre isso, com certeza elas vão ter mais confiança”!

A interpretação ativa dos sujeitos da pesquisa levou-os a compreenderem-se enquanto sujeitos e objetos da história, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo. Os mesmos encontraram na informalidade, nas ações alternativas, no diálogo, na focalização do essencial e na confiança mútua os modos de superar dificuldades de comunicação e vínculo, de barreiras culturais, de abordar integralmente a mulher com IU e de lidar com a dimensão sexual feminina, durante a assistência.

4. Dificuldades quanto à organização da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica

A concepção dos sujeitos da pesquisa em relação à forma que a disciplina do sexto período está organizada, primeiramente direciona para o contexto

geral da mesma, revelando que consideram o conteúdo ministrado extenso, aliado à necessidade de memorização, resultando na falta de tempo e espaço para o diálogo durante as aulas teóricas e práticas.

Acadêmica T: “mas é tanta matéria que a professora engata a primeira e vai parar só lá no final da aula”!

Em uma situação diferente, o acadêmico H diz: “eu vejo assim [...] que espaço pra diálogo não existe nas aulas teóricas, é tanto conteúdo, tanta coisa que a professora tem pra passar, que não dava tempo de conversar, discutir sobre aquilo que tava sendo falado”. Acadêmica T concorda e diz: “é, e também nas aulas práticas [...] nunca dava tempo da gente sentar e conversar com a professora sobre nossas dúvidas”.

As tendências pedagógicas vigentes ainda sofrem forte influência do método tradicional de ensino, que centraliza o foco nos conteúdos e no professor, em particular no cotidiano daqueles que se propõem a ser educadores na área da saúde. Soma-se a isto a concepção pedagógica tecnicista, com a valorização da tecnologia, sendo o professor um especialista na aplicação de manuais e/ou protocolos (Marin et al, 2010). As aulas expositivas, com seus slides e excesso de conteúdos, são características da prática pedagógica tradicional, (Teófilo, Dias, 2009).

Outra importante dificuldade quanto à organização da disciplina foi lidar com sentimentos negativos, advindos principalmente dos momentos teóricos, pois as características da uroginecologia são únicas e, ao se depararem com imagens, os acadêmicos apresentaram reações de espanto, pavor, incredulidade e, às vezes, repugnância. Outros sentimentos apresentados foram cansaço, falta de interesse e de disposição.

Observo, durante apresentação de imagens de prolapso genitais, em slides, que a professora diz: “esta paciente [...] olhem, percebam a posição da uretra [...]”. Neste momento, os acadêmicos vocalizam expressões de espanto e apreensão, demonstrando estar impressionados com as imagens. Conversam entre si. Quando a professora inicia um novo tópico, acadêmicos comentam que estão cansados e com fome. Neste momento, 12:00 h, pedem para encerrar a aula (programada para terminar 13:00 h). Professora sugere breve intervalo e voltar para finalizar. (Notas de observação)

Enfrentar o novo, certamente, causa sensações desconfortantes, mas também desafiadoras, pois o desconhecido inspira medo, obstáculos estão presentes no nosso cotidiano, podendo tanto nos paralisar, quanto nos provocar. Freire instiga a perseverar e cultivar a

paciência quando estamos dispostos a mudar, apesar das dificuldades encontradas (Freire, Schor, 2009).

Outro fator que surgiu nas discussões em relação à disciplina foi a dificuldade em vivenciar o primeiro contato com a mulher portadora de IU. Referiram que esta situação foi a que mais se destacou entre as dificuldades no processo de iniciação do aprendizado desta abordagem.

Acadêmica J: “pra mim, o mais difícil foi abordar, o primeiro contato [...] porque é uma área muito íntima, assim, da pessoa [...] tu é um acadêmico e tem que chegar [...] ter o primeiro contato. É difícil saber como perguntar as coisas que precisa. Essa parte de perguntar, de saber do problema, me deu uma ‘freada’, mas depois [...]”.

Em outra situação, a acadêmica G fala: “medo daquela reação dela, né? Será que ela (paciente) vai aceitar? Será que vai reagir bem”?

Estas dificuldades também foram relatadas por estudantes de medicina, ao estabelecerem o primeiro contato com pacientes de ambulatório de saúde da mulher, no estudo de Henderson e Johnson (2002). Estes autores propuseram um método de treinamento através de duplas, onde um aluno representava a paciente, e o outro, o profissional, e depois invertiam os

papéis, simulando situações em diferentes cenários. Os participantes relataram que o método os auxiliou a aprender com os erros e a variar as estratégias, além de considerarem um ótimo método de aprendizagem para abordar e lidar com questões sexuais.

Quanto às propostas de superação, a primeira sugestão que os acadêmicos fazem é a readequação do curso e da disciplina, mediante experimentação do retorno do curso ao período integral, inserção do conteúdo da fisioterapia uroginecológica na disciplina do quinto período (Fisioterapia Obstétrica), alteração do dia e horário em que a disciplina é ministrada, pois pela natureza única e delicada do assunto, o último horário da semana (manhãs de sexta-feira) é inadequado. Também sugerem que as aulas teóricas sejam desenvolvidas de forma mais dinâmica, com a participação ativa dos acadêmicos e que sejam criadas 'Ligas Acadêmicas', em horário extracurricular.

Acadêmica T: “acho que deveria ter havido lá no quinto (período), porque dependendo da situação, a gestante também pode ter [...]”. Acadêmica M acrescenta: “é, na verdade com gestantes já abordamos a incontinência, deveria acrescentar isso no conteúdo”. Acadêmico H ainda aponta: “aprendi as dúvidas que tinha da aula teórica aqui, nas oficinas [...] através da conversa,

tranquilo. [...] coisas que talvez eu não tava na sala, ou que tava disperso, porque eu não gosto da aula teórica, de ficar [...]. Então, talvez, o conteúdo da aula pode ser trabalhado do mesmo jeito que a gente tá trabalhando aqui, de uma forma mais dinâmica, e não lá a professora na sala, falando e falando [...]”.

As metodologias ativas, que enfatizam a descoberta, reflexão e experimentação, através da participação de todos os sujeitos da aprendizagem, apontam para novas possibilidades neste processo, provocando maior autonomia, como forma de enfrentamento da complexidade e da globalização. A criatividade e a capacidade de propor e aplicar soluções originais frente à adversidade se apresentam como condições necessárias aos futuros profissionais da saúde (Marin et al, 2010).

A segunda estratégia de superação aponta para a inserção da realidade vivida no cotidiano das aulas, pela interpretação ou simulação de casos clínicos para introduzir-se no conteúdo, além da visualização de imagens em vídeos, demonstrando diversas situações que podem surgir no contato com as mulheres.

Acadêmica N: “acho que as aulas tinham que ser intercaladas com estudo de casos. Podia ser assim [...] dividir em grupos, cada grupo com um caso diferente, a

apresentação podia ser teatro, um representa a paciente, outro o Acadêmico que tá atendendo [...] ou o professor e depois a turma toda discute as soluções encontradas. Poderia também usar vídeo”.

Mais adiante, o acadêmico H sugere: “não tem algum vídeo sobre isso?[...] seria interessante, não precisaria expor a pessoa, então ao mostrar o vídeo pra gente, daria pra aprender como fazer”.

Como exercício, sugeriram experimentar a sensação vivida por estas mulheres, realizando consulta com um fisioterapeuta especialista em uroginecologia e sendo avaliado pelo mesmo, antes do início da assistência nas aulas práticas.

Acadêmica N: “eu tenho uma sugestão [...] acho que seria bem legal [...] os Acadêmicos poderiam ser incentivados pela professora a consultar com um fisio uroginecológico antes de começarem as aulas práticas [...] aí, com certeza, vamos entender o que a paciente sente quando a gente estiver examinando ela”!

No diálogo, os acadêmicos encontraram o caminho para refletir e propor soluções coletivas às dificuldades enfrentadas, exerceram a curiosidade e a criticidade. Este exercício aguçou a imaginação e as emoções, surgindo a proposta de readequação do curso e da disciplina, da inserção da realidade vivida no cotidiano das aulas e da experimentação da sensação

vivida pelas mulheres com IU como modo de superar as dificuldades do contexto da disciplina, da vivência do primeiro contato e os sentimentos negativos.

Considerações finais

Os sujeitos pesquisados revelam a magnitude da dificuldade em lidar com a sexualidade, tanto em relação a si próprios, quanto aos colegas ou às mulheres assistidas, o que condiz com a realidade do processo de aprendizagem para abordagem da mulher, na área da saúde.

Dificuldades em relação à interação com mulheres portadoras de IU também ficam evidentes, assim como, à organização da disciplina. A princípio, o convite para a reflexão destas dificuldades através das oficinas surtiu um misto de estranheza e descrença, mas no transcorrer do processo investigativo, foram percebendo e apreciando a sensação de liberdade advinda desta proposta, aliado ao sentimento de poder, no sentido de superar os obstáculos encontrados.

Os modos de superação foram propostos através da construção coletiva, entre sujeitos da pesquisa, valorizando a abordagem precoce do tema sexualidade

no curso e incentivando a dialogicidade, de modo formal ou não, em diversos momentos e disciplinas do curso. Acreditam que esta proposta os capacita a desvencilhar-se do medo, da vergonha e do constrangimento, mediante a melhora da autoestima, do compartilhamento de experiências nas vivências em grupo, buscando inserir a realidade no cotidiano das aulas e experimentando a sensação vivida pelas mulheres com IU. Demonstram o quanto consideram importante a readequação do curso e da disciplina, no sentido que haja participação ativa dos acadêmicos neste processo.

Ao mesmo tempo em que vislumbram possibilidades de modificação da realidade da fisioterapia uroginecológica no curso, têm consciência da tarefa árdua exigida e da necessidade de cooperação de todos os atores envolvidos, ou seja, discentes, docentes, coordenadores e orientadores pedagógicos.

Colaboradores

A autora Cilene Volkmer trabalhou na concepção, análise, interpretação dos dados e redação final do texto. Marisa Monticelli trabalhou na concepção, supervisão geral, análise dos dados e redação final do texto. Kenya

Schmidt Reibnitz trabalhou na co-orientação e revisão crítica do manuscrito.

Referências

ARAGÃO, J.C.S. et al. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de Medicina para o exame ginecológico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.33, n.1, p. 80-83, jan./mar. 2009.

BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.18, n.3, p.390-397, mai./jun. 2010.

BONINI-ROCHA, A.C. De fisioterapeuta a professor: fisioterapeutas docentes e o ensino da ação fisioterapêutica. **Rev. FisioBrasil**, ano12, n.89, p. 29-33, jun. 2008.

BRÊTAS, J.R.S.; OHARA, C.V.S.; QUERINO, I.D. Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.4, p.568-74, out./dez. 2008.

FORTIER, A.M. et al. The acceptance of medical students by women with gynaecology appointments. **JOGC**, v.28, p.526–530, jun. 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

_____. **Pedagogia da esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

_____. **Educação como prática da liberdade.** 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

FREIRE, P.; SCHOR, I. **Medo e ousadia:** o cotidiano do professor. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

HENDERSON, P.; JOHNSON, M.H. Assisting medical students to conduct empathic conversations with patients from a sexual medicine clinic. **Sex. Transm. Infect.**, v.78, n.4, p.246-249, aug. 2002.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B. DE M.; TURATO, E.R. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.16, n.4, p.779-786, ago. 2008.

MARIN, M.J.S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.34, n.1, p. 13-20, jan./mar. 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PEREIRA, A.L. A sexualidade no cuidar: experiências conflitantes de discentes de enfermagem. **Rev. de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online**, v.1, n.2, p.326-334, set./dez. 2009.

REES, C.; SHEARD, C.; MCPHERSON, A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. **Patient Educ. Couns.**, v.54, n.1, p.119-21, jul. 2004.

SUESADA, E. A graduação em fisioterapia e a iniciação profissional: uma breve reflexão. **Rev. FisioBrasil**, ano12, n.89, p.23-26, jun. 2008.

TANG, T.S.; SKYE, E.P. Who gets “kicked out” of the exam room? Factors associated with patients declining medical student participation. **Teach. Learn. Med.**, v.21, n.1, p.1–7, jan. 2009.

TEIXEIRA, L.J.; OLIVEIRA, M.A. de C. de. Estágios curriculares em fisioterapia. **Fisioter. Bras.**, v.8, n.1, jan./fev. 2007.

TEÓFILO, T.J.S.; DIAS, M.S. de A. Concepções de docentes e discentes acerca de metodologias de ensino-aprendizagem: análise do caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral – Ceará. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.137-51, jul./set. 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VALSECCHI, E.A.S.S.; NOGUEIRA, M.S. Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.10, n.6, p.819-24, nov./dez. 2002.

WÄNGGREN, K. et al. Teaching medical students gynaecological examination using professional patients-evaluation of students' skills and feelings. **Med. Teach.**, v.27, n.2, p.130-135, jan. 2005.

ZANI, A.V.; NOGUEIRA, M.S. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.14, n.5, p.742-8, set./out. 2006.

5.2 ARTIGO – FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: DIFICULDADES E SUPERAÇÕES NA VISÃO DE ESTAGIÁRIOS

Fisioterapia na incontinência urinária feminina: dificuldades e superações na visão de estagiários

Physical therapy in the female urinary incontinence: difficulties and overcoming in the vision of trainees

Cilene Volkmer^I; Marisa Monticelli^{II}; Kenya Schmidt Reibnitz^{III}

^I Fisioterapeuta, Bolsista CAPES, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: cilenev@gmail.com

^{II} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

^{III} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: kenya@ccs.ufsc.br

Resumo

Introdução: Os acadêmicos de fisioterapia, ao realizarem estágio curricular supervisionado em uroginecologia referem constrangimentos e inseguranças. **Objetivos:** identificar as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia ao desenvolverem a assistência à mulher com incontinência urinária durante o estágio curricular supervisionado e construir estratégias

conjuntas para a superação destas dificuldades. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, com suporte teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora. Os participantes foram 13 acadêmicos, matriculados no Estágio Curricular Supervisionado em Fisioterapia, no semestre 2010.1. Coleta de dados mediante observações participantes e oficinas. A análise envolveu processos de apreensão, síntese, teorização e transferência. **Resultados e discussão:** Os dados analisados resultaram em quatro categorias: dificuldades face às condutas para avaliação da mulher com IU, quanto ao estabelecimento do plano terapêutico, em relação aos registros das consultas e em relação à organização do estágio curricular supervisionado. **Considerações finais:** As principais dificuldades sentidas pelos estagiários quanto à avaliação da mulher incontinente referiram-se à realização de exame físico e à aplicação de instrumentos diagnósticos, sendo que as estratégias de superação incluem postergar o exame até que a interação com a paciente seja estreitada, bem como ter a experiência pregressa de aplicar os instrumentos em si mesmos antes de propô-los à mulher. Quanto ao plano terapêutico, as dificuldades estão relacionadas à prescrição e execução das condutas, recomendando-se, particularmente, aumentar a familiaridade com as mesmas. No que diz respeito aos registros, sugerem maior flexibilidade no tipo de anotações. Quanto à organização do estágio, recomendam aumentar o diálogo com os supervisores e buscar maior qualificação no atendimento, em detrimento da quantidade de mulheres a serem assistidas. Palavras-chave: Ensino superior; Fisioterapia; Estudantes; Incontinência urinária; Estágio clínico.

Abstract

Introduction: *Students of physical therapy while performing supervised probation in urogynecology reported constraints and insecurities.* **Objectives:** *To identify the difficulties presented by physiotherapy students taking care for women with urinary incontinence during the supervised probation, and to build strategies to overcome these difficulties.* **Methodology:** *Qualitative research, convergent-care, supporting theoretical and methodological Liberating Pedagogy. Participants were 13 students enrolled in*

*Supervised Probation in Physiotherapy in the 2010.1 .Collecting data through observation and workshops. The analysis consisted of information gathering, synthesis, theory and application. **Results and discussion:** The analyzed data resulted in four categories: complexity in regarding to pipelines for the evaluation of women with urinary incontinence, difficulty in establishing the therapeutic plan, in relation to records of queries and problems regarding the organization of supervised clerkship. **Conclusion:** The main difficulties found by trainees on the evaluation of incontinent women referred to the physical exam and application of diagnostic instruments, and the coping strategies were delaying the examination until patient interaction was well established, as well as experiencing applying the instruments on themselves before proposing them to the woman. Regarding the treatment plan, the difficulties are related to the prescription and delivery of care, suggesting, in particularly, an increase familiarity with them. Concerning to records, a greater flexibility in the type of notes is suggested. As for the organization of the supervised probation, more dialogue with supervisors is recommended seeking for an improved quality during care, assisting fewer women.*

Keywords: Higher education; Physical therapy; Students; Urinary incontinence; Clinical clerkship.

Introdução

Os Estágios Curriculares Supervisionados (ECSs) devem estar garantidos na formação do fisioterapeuta, assegurando a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação (1). Em Santa Catarina, tais estágios ocorrem geralmente nas últimas fases e, na maioria dos currículos, a teoria caminha desatrelada da prática, pois antecede a atuação nos cenários de estágio (2). Além disso, na fisioterapia, assim como em outras áreas da saúde, a abordagem tecnicista vem direcionando a formação acadêmica,

principalmente no que diz respeito à inserção no contexto da prática profissional (3-5).

Por outro lado, a literatura internacional tem ensinado que o estudante de fisioterapia seja inserido no ambiente do estágio clínico o mais precocemente possível (6-10). Também no Brasil alguns estudos têm apresentado preocupação semelhante; principalmente nos currículos de enfermagem e medicina (3,5). Nos cursos de fisioterapia brasileiros, contudo, esta questão ainda carece de reflexões e de decisões sobre a introdução dos acadêmicos em ambientes que possibilitam o contato com as diversas nuances da prática profissional.

Visando a formação generalista, o acadêmico de fisioterapia necessita vivenciar uma gama ampla de experiências práticas supervisionadas, em diferentes situações e níveis de complexidade, e isto acaba gerando sensações desconhecidas e, muitas vezes, desconfortáveis. Isso ocorre de modo mais contundente nos estágios que envolvem a saúde da mulher e, mais especificamente, a fisioterapia uroginecológica, em virtude da natureza íntima e da sensibilidade requerida ao abordar a mulher portadora de Incontinência Urinária (IU).

Os acadêmicos, ao iniciarem a prática assistencial, nesta área, durante o ECS, referem constrangimentos e dificuldades no manejo do exame clínico ginecológico (11). Além disso, todo o processo que envolve a assistência fisioterápica da

mulher com IU está mergulhado em questões delicadas e sutis, tais como: conhecer a situação e abordar a mulher através de conversas e questionamentos, realizar procedimentos e utilizar instrumentos de medidas diagnósticas e elaborar e aplicar o plano de tratamento de forma adequada (12-16).

Percebe-se que a prestação desta assistência pelos acadêmicos de fisioterapia, durante os ECSs, não tem sido enfatizada nas publicações. O que parece preocupar os docentes, principalmente dos Estados Unidos e Europa, é a atuação e percepção dos estudantes ao realizarem estágios na área de saúde comunitária, visto que pesquisas têm abordado este ângulo da vivência acadêmica (6-10).

A experiência docente, como supervisora de ECS em fisioterapia uroginecológica na clínica de fisioterapia, tem me levado a constatar que a assistência à mulher com IU, pelos acadêmicos, durante as atividades do estágio do sétimo período do curso, exige habilidades e competências específicas, que são importantes para a plena condução do processo terapêutico. Contudo, percebo que os acadêmicos possuem várias dificuldades quando são estimulados a assistir a mulher com IU, seja na avaliação inicial, quando do planejamento e aplicação do tratamento fisioterápico, quanto na reavaliação.

Ao abordar a mulher, os acadêmicos expressam medo, insegurança, desconforto, ansiedade e constrangimento. Quase

sempre, durante os primeiros atendimentos, solicitam que a supervisora realize os procedimentos iniciais, pois não se sentem “capacitados” a realizá-los, mesmo que o processo de aprendizagem nesta área já tenha iniciado no sexto período (aulas teóricas e acompanhamento à assistência feita pelas professoras). Isso me levou a questionar a realidade acadêmica, visando obter resultados que pudessem contribuir para aumentar o escopo compreensivo do problema e também a buscar alternativas de superação. Para isso, esta pesquisa abrangeu dois objetivos: 1) identificar as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia ao desenvolverem a assistência à mulher com incontinência urinária durante o ECS; 2) construir estratégias conjuntas com os acadêmicos para a superação das dificuldades.

Caminho teórico-metodológico

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial (PCA), pois esta modalidade investigativa permite interlocução entre a pesquisa e a prática assistencial e/ou educativa, possibilitando solucionar problemas do cotidiano dos profissionais da saúde (17). Ao comprometer-se com a melhoria direta do contexto social pesquisado, este tipo de estudo necessita do empenho dos atores envolvidos no ambiente de trabalho, unindo o saber-pensar ao saber-fazer. A PCA está pautada na participação

direta da clientela e/ou dos alunos – a depender da situação-problema recortada da realidade social – como sujeitos da pesquisa. Esta característica a insere, deste modo, como um tipo de pesquisa-ação.

Os sujeitos da PCA foram os acadêmicos de um curso de graduação em fisioterapia de uma universidade privada catarinense. Os acadêmicos estavam regularmente matriculados no sétimo período curricular, durante o semestre 2010.1, na Disciplina ECS em Fisioterapia e foram convidados a participar, após terem sido informados quanto aos objetivos do estudo. A amostra inicialmente foi constituída por 15 acadêmicos, sendo que 2 desistiram do estágio no transcorrer do semestre e, por conseguinte, da pesquisa.

A atividade investigativa desenvolveu-se no contexto das atividades curriculares do estágio, superposto à atividade docente da pesquisadora, como colaboradora da área Fisioterapia Uroginecológica da Disciplina ES em Fisioterapia.

A PCA foi desenvolvida na clínica do curso de fisioterapia da instituição, mediante contato prévio e autorização formal da Diretora do Centro e da Coordenadora do Curso. A coleta de dados deu-se por meio de observações participantes e de oficinas, entre fevereiro e junho de 2010.

As **observações participantes** foram realizadas durante as atividades do estágio, enquanto os acadêmicos prestavam

assistência às mulheres com IU, elaboravam seus registros, e também nos momentos de intervalo e de conversas informais. Esta técnica permite captar uma gama de situações sociais, que dificilmente seriam obtidas por outros meios, pois é construída pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos (18). São estes movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da prática educativa que, segundo Trentini e Paim (17), caracterizam a PCA.

As cinco **oficinas** desenvolvidas ao longo do semestre foram guiadas pelos pressupostos da Pedagogia Libertadora (19) e mediadas pela pesquisadora. O diálogo pesquisadora-acadêmicos levou estes sujeitos a problematizarem a realidade vivida e estimulou o ciclo ação-reflexão-ação, possibilitando a busca de novos caminhos para a modificação desta realidade (17). Essas oficinas aconteceram em salas da Clínica de Fisioterapia, com participação de 6 acadêmicos no primeiro e segundo encontro, 3 e 5, respectivamente, no terceiro e quarto encontro e 12 acadêmicos no quinto encontro, totalizando 13 participantes, sendo que cada sujeito da pesquisa participou, ao menos, de uma oficina. Os encontros duraram, em média, 1 hora e 40 minutos e a escolha dos dias foi realizada em conjunto com os sujeitos, em horários que não interferissem nas atividades acadêmicas.

As oficinas foram compostas por 4 fases e adaptadas segundo a proposta de Basso e Monticelli (20), sendo que a 1ª englobou acolhimento e preparação do ambiente, buscando torná-lo acolhedor, e atividades corporais (consciência corporal, alongamentos e relaxamento); a 2ª constou de dinâmicas em grupo, com atividades de expressão corporal, estimulando a desinibição; a 3ª representou o momento de discussão e reflexão sobre o tema da oficina, levantado pela pesquisadora, mediante sua experiência prévia no processo ensino-aprendizagem desta área, através do relato da percepção da realidade; da eleição dos problemas encontrados; das sugestões de soluções para esses problemas; da discussão sobre a maneira de colocar em prática as soluções encontradas e da análise do foco da discussão, associando com a assistência fisioterapêutica da mulher com IU. A 4ª fase foi destinada ao encerramento da oficina.

As observações e os relatos durante as oficinas foram registradas por meio de gravações em equipamento digital, com posterior transcrição, além de anotações em diário de campo, das informações relacionadas aos aspectos teórico-metodológicos envolvidos, bem como registro das sensações, percepções e das expressões não-verbais associadas às expressões verbalizadas durante o processo investigativo.

Os dados foram analisados através do *corpus* dos depoimentos e das observações e buscou-se aproximação com o referencial da educação problematizadora. Esta tarefa compreendeu as etapas propostas pela PCA (17), sendo que na etapa de apreensão, os dados foram codificados através da identificação de palavras-chave, mediante leituras e releituras das informações obtidas. Na etapa de síntese houve nova imersão nos dados, resultando em categorias temáticas que respondiam aos objetivos investigativos. Posteriormente, na etapa de teorização e transferência, as categorias foram interpretadas à luz da Pedagogia Libertadora e então, procurou-se desvendar os significados dos resultados, com a intenção de elaborar as conclusões do estudo e socializar os achados.

Os preceitos éticos foram respeitados, com participação voluntária dos acadêmicos, garantindo o sigilo das informações e o anonimato dos mesmos, através de identificação aleatória com letras do alfabeto. Do mesmo modo, destaca-se que as mulheres com IU, assistidas pelos acadêmicos durante o estágio, também aceitaram participar da pesquisa. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade onde foi realizada a pesquisa, sob protocolo nº 273/09.

Resultados e discussão

Os dados brutos analisados revelaram quatro categorias temáticas, que contemplaram as dificuldades e propostas de superação face às condutas para avaliação da mulher com IU; quanto ao estabelecimento do plano terapêutico; em relação aos registros das consultas; e em relação à organização do estágio curricular supervisionado.

Dificuldades face às condutas para a avaliação da mulher com IU – Em relação à aplicação de protocolos técnicos para a avaliação fisioterápica, os acadêmicos apresentaram dificuldades ao realizar o exame físico. Os procedimentos para graduar a força muscular do assoalho pélvico, testar os reflexos clitoriano e anal, assim como, avaliar a pele na região vulvar e a mucosa vaginal, geraram muitas incertezas. Além de sentirem-se inseguros e despreparados em aplicar estes protocolos, apresentaram constrangimento em realizar os procedimentos necessários.

Acadêmico E: “[...] não lembrava como fazer (o exame físico). Então falei: ‘N (a colega), me orienta como fazer com o dedo dentro’. Daí ela falou: “é assim ó, você vai, coloca o dedo e [...]”. Acadêmico H complementa: “eu acho a parte dos reflexos complicado. Eu não sabia o que era normal e o que não era [...] e eu tinha vergonha de falar pra ela (paciente) o que eu tava fazendo naquela hora!” E a acadêmica N diz: “eu não tinha parâmetros. Como que eu vou comparar o que é força (de contração muscular) normal, o grau 5, com o grau 4, o 3? E os reflexos, como comparar?”

Em outro momento, a acadêmica G comenta: “o exame da pele e da mucosa vaginal, como saber se está normal ou não?”

Ao observar a realização do exame físico de uma mulher com IU, pela acadêmica A, percebo muita insegurança ao realizar o teste de força muscular e pergunto: “você consegue graduar a força muscular?” Ela diz: “não, não dá pra sentir a contração!” (Notas de observação)

A realização de um procedimento técnico por estudantes da área da saúde, onde os corpos tocam e são tocados, principalmente quando envolve partes íntimas, pode gerar certo embaraço e desconforto. Seguir os protocolos técnicos, nestes momentos, pode ser considerada uma estratégia para criar um ambiente de impessoalidade, além de ser um instrumento que auxilia na manutenção da postura profissional, independente dos sentimentos envolvidos (21). Além disso, pesquisas na área médica revelam que estudantes de medicina e médicos recém-formados apresentam baixa confiança em suas técnicas de exame pélvico, que pode aumentar o desconforto das mulheres examinadas e diminuir a credibilidade dos resultados obtidos, além da presença de nervosismo e ansiedade no momento de realizar o procedimento (22-23).

Outra dificuldade foi quanto à aplicação de instrumentos diagnósticos, como o diário miccional e o

questionário de qualidade de vida. Os acadêmicos relataram ser bastante complicado explicar para as mulheres a maneira de realizar o diário miccional no domicílio (que deve ser realizado, ao menos, por 3 dias consecutivos), além de não se sentirem aptos a interpretar os resultados do questionário e de não conseguir utilizar estas informações na formulação do diagnóstico.

Acadêmica T: “ela demorou pra entender o que era o diário miccional. Hoje eu expliquei novamente e ela disse: “ah, tá bom, vou fazer [...]”. Acadêmica J complementa: “eu não tinha a menor ideia que existia uma pontuação pra medir qualidade de vida e que a gente tinha que interpretar as respostas”! [Risos]. Acadêmico E interrompe assustado: “tinha que analisar os dados”? [Risos]. Acadêmica N acrescenta: “preciso realmente usar esse questionário? Não vejo muita serventia”.

Quanto à utilização de instrumentos para avaliar a qualidade de vida de mulheres com IU, um estudo descreve que questionários validados para a cultura brasileira permitem mensurar de forma mais adequada os resultados da intervenção terapêutica (12). Apesar disto, os acadêmicos consideram a aplicação do diário miccional e do questionário um problema.

Com o intuito de superar estas dificuldades, os acadêmicos construíram coletivamente as seguintes recomendações: a) realizar o exame físico somente após criar

vínculo com as mulheres portadoras de IU e adaptar os protocolos de avaliação, quando necessário, no momento da abordagem inicial; b) buscar familiarização com o exame físico através da visualização de imagens, através de vídeos, identificando e comparando tanto respostas normais, quanto alteradas, referentes aos procedimentos de avaliação; c) autoaplicação dos instrumentos diagnósticos, ou seja, os próprios acadêmicos devem experimentar a sensação de realizar um diário miccional completo e de responder ao questionário de qualidade de vida, antes de aplicá-los com as mulheres, buscando adaptar termos, perceber limitações do instrumento, além de analisar a necessidade de aplicação dos instrumentos na avaliação de cada mulher assistida.

Acadêmica N: “a gente deveria fazer o exame físico só depois de criar um bom vínculo com a paciente. No primeiro dia é muito constrangedor”!

Em outro momento, o acadêmico E diz: “[...] incluir vídeos que mostrassem um fisioterapeuta realizando o teste dos reflexos em uma mulher sem alterações e depois outra com alterações de reflexos [...] e também a parte da pele, a região externa [...]”.

Acadêmica J comenta mais adiante: “a professora (na aula teórica) nem precisaria explicar antes o objetivo e o conceito do diário. Primeiro ela entregaria o diário e pedia pros Acadêmicos fazerem o seu próprio diário em casa, e na aula seguinte haveria discussão com todos”.

Quando metodologias ativas são empregadas no processo ensino-aprendizagem, espaços democráticos são gerados e, desta forma, os estudantes passam a ser considerados sujeitos que compartilham informações e que buscam aprender por meio da discussão e da troca de saberes. Assim, a relação dialógica permite superar a dissonância entre teoria e prática (5).

Esta dialogicidade auxiliou os sujeitos da pesquisa a compreenderem suas dificuldades quanto aos procedimentos para avaliação da mulher com IU, principalmente em relação à realização do exame físico e aplicação dos instrumentos diagnósticos. Por meio do estímulo ao diálogo e reflexão profunda, os acadêmicos encontraram possibilidades de superação, sugerindo realizar exame físico após criar vínculo, visualizar imagens, através de vídeos, que reproduzam a realização dos procedimentos de avaliação e autoaplicação dos instrumentos diagnósticos. Desta maneira, mostraram-se capazes de interagir e buscar soluções para problemas compartilhados pelo grupo.

Dificuldades quanto ao estabelecimento do plano terapêutico – Após finalizar a avaliação da mulher com IU, os acadêmicos eram incentivados a elaborar o diagnóstico fisioterápico, elencar os objetivos do tratamento e as condutas a

serem realizadas, a fim de iniciar a assistência propriamente dita. Neste aspecto, a maior dificuldade relatada foi planejar e aplicar as condutas terapêuticas, pois havia necessidade de identificar os problemas, através da avaliação, e associá-los com as medidas mais adequadas para resolver cada situação. Demonstraram pouco interesse em aprofundar o conhecimento de forma espontânea, fato que limita a condução do plano terapêutico.

Após o término da avaliação, converso com o acadêmico P a respeito do plano terapêutico: “e como é o tratamento da hiperatividade (vesical)?” Ele permanece em silêncio. Depois diz: “eu não sei”!!! Estimulo uma reflexão, mas continua em silêncio. Então questiono: “você já leu o livro indicado?” “Não [...] ainda não”. “Acha que seria importante tentar [...]?” Neste momento, expressa embaraço: “é, acho que vai clarear minhas ideias”.

Em outra situação, a acadêmica J fala: “eu tive dificuldade nas condutas [...]”. E a acadêmica I complementa: “é, eu tive que buscar na matéria, eu tinha dúvida [...]”. Acadêmica J questiona: “o que vou utilizar (no tratamento)? [...] por quê isso? Ainda não sei o que fazer com minha paciente [...]”.

Estudantes de fisioterapia de New York/USA acreditam que o processo ensino-aprendizagem nos cenários de estágio clínico deve permitir que tenham acesso ao ambiente onde as atividades são desenvolvidas, participando de encontros formais e informais com os supervisores e demais profissionais

do local, e não só praticando habilidades técnicas. Além disso, relatam que aprenderam através da participação ativa na prática, observando e ouvindo, e também por meio do diálogo, perguntando, sendo questionados e fazendo novos questionamentos (10).

Outra dificuldade que emergiu em relação à formulação e execução do plano terapêutico foi quanto à indicação e manuseio dos equipamentos utilizados na assistência da mulher com IU. Sob este ângulo, relataram que estabelecer a utilização dos equipamentos de miofeedback (Perina – Quark®), biofeedback (Neurodyn Evolution – Ibramed®) e de eletroestimulação (Dualpex 961 – Quark®), nas mais diversas situações que as mulheres apresentavam, associado à necessidade de manuseá-los, foi uma das tarefas mais complexas e difíceis na vivência do ECS na área de fisioterapia uroginecológica. Este fato causou insegurança, receio de cometer erros na execução dos procedimentos e constrangimento.

Acadêmica I: “minha dificuldade é a eletro (terapia) [...] eu nunca usei nenhum (equipamento)”. Acadêmica N: “a minha maior dificuldade foi com os aparelhos”. Acadêmica J: tenho dificuldade com o biofeedback, o Neurodyn e o [...] miofeedback que é o [...] Dualpex, que eu usei [...] e aquele outro [...].

Mais adiante a acadêmica N diz: “eu demorava muito tempo, e ficava atrapalhada com os parâmetros”. E a acadêmica G comenta: “o Perina [...] eu tava desesperada, porque nunca tinha usado. Aí chamei o P e ele disse: ‘pode deixar, vou te ajudar’ [...] porque eu não sabia como colocar (a sonda endovaginal), como mexer (selecionar os parâmetros) [...]”.

Relatos de estudantes de fisioterapia apontam que experiências acadêmicas em ambientes de estágio clínico, relacionadas ao exame de pacientes, à intervenção, aos resultados do tratamento e ao plano terapêutico são muito importantes e podem influenciar na prática profissional futura (24).

Em razão destas dificuldades, o grupo de acadêmicos, por meio de discussões e reflexões, sugeriu as seguintes propostas para superá-las: a) criar oportunidades para realizar pesquisas e para a busca espontânea do conhecimento, aprofundando o tema estudado além do que foi apreendido e discutido em aulas teóricas e práticas, anteriormente ao estágio curricular supervisionado; b) intensificar o manuseio dos equipamentos nas aulas práticas, buscando familiarizar-se com os mesmos, além de aprimorar o conhecimento sobre estes equipamentos em disciplinas apropriadas, como Recursos Termoeletromagnéticos em Fisioterapia, no segundo e terceiro períodos do curso; c) utilizar anotações sobre os aparelhos a serem manuseados no dia-a-dia do estágio curricular.

Acadêmica G: “nas matérias do sexto período, a gente não precisava (usar o aparelho), mas testar, aprender a manusear, a gente poderia ter feito e não fez! A gente não aproveita a oportunidade”. A seguir o acadêmico B diz: “outra coisa, a gente podia intensificar esse aprendizado com os aparelhos, tanto na aula prática do sexto (período), quanto naquela disciplina, do segundo período, de eletroterapia”!

De acordo com estudantes de fisioterapia que participaram de um estudo na Noruega, em 2009, a disponibilidade do equipamento necessário em um ambiente de estágio clínico e as possibilidades de criar e realizar testes e reabilitação são muito importantes no processo ensino-aprendizagem. Além disso, o ambiente físico influencia as ações dos Acadêmicos, diálogos e reflexões. Quando Acadêmicos estão utilizando equipamentos relevantes para criar ou executar seu plano terapêutico, estão em diálogo com o mundo exterior (6). Na perspectiva da educação libertadora, o Acadêmico é estimulado a desvendar a realidade, e é com esta visão crítica da realidade, atrelada a um componente de imaginação, que o mesmo pode ser capaz de antecipar a nova realidade. Somente a ação de sujeitos conscientes e críticos pode fazer a transformação de determinado contexto social (25).

O desejo de ir em busca de “algo mais” no seu aprendizado, de buscar a familiarização com os equipamentos

da fisioterapia uroginecológica e procurar simplificar o manuseio dos mesmos através de anotações, a partir de um debate franco e respeitoso, conduzido por um docente facilitador, pode resultar em sujeitos que realmente anseiam conhecer e transformar a realidade vivida.

Dificuldades em relação aos registros das consultas –

Os registros das consultas são realizados conforme as normas do estágio e incluem a elaboração da ficha de avaliação da mulher com IU. As dificuldades apontadas em relação a este aspecto foram: estruturar o roteiro a ser utilizado na avaliação e, posteriormente, redigir e apresentar a ficha de avaliação; e estabelecer o diagnóstico fisioterápico, sendo que esta tarefa revelou-se ainda mais complicada, pelo fato de necessitarem seguir o novo modelo utilizado no estágio, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Além disso, o prazo para finalização da ficha de avaliação também foi considerado uma dificuldade neste processo, gerando ansiedade e insegurança.

Acadêmica G: “ah, não sei [...] [Silêncio]. Acho que ainda tenho dúvida. Esse modelo (de diagnóstico fisioterápico) da CIF só complicou nossa vida. A gente sempre aprendeu a fazer de um jeito e agora, quando chega no estágio, somos obrigados a fazer de outro”!

Em outra situação, a acadêmica J argumenta: “essa avaliação de dois dias, duas sessões, nunca dá. A gente precisa de mais

tempo pra conseguir terminar. A avaliação da mulher com IU é tão delicada, a gente não pode sair perguntando tudo já no primeiro dia, precisa ganhar confiança e isso leva tempo”!

Barreiras no aprendizado também foram relatadas por estudantes de fisioterapia, em um estudo realizado em instituições públicas e privadas de New York/USA, ao descreverem experiências vividas durante estágio clínico. As dificuldades apontadas foram experiências negativas no passado e características problemáticas dos estudantes, como falta de confiança e medo. Um dos participantes do referido estudo comentou que acadêmicos estão sempre preocupados, achando que estão fazendo a coisa errada, o maior medo é chegar lá e não saber o que fazer. Pensam que se derem a resposta errada, serão considerados menos inteligentes (8).

Outra dificuldade que emergiu em relação aos registros das consultas foi a questão das evoluções, ou o registro diário de todos os atendimentos realizados. Estas anotações devem ser feitas de acordo com as normas do estágio curricular, no prontuário de cada mulher assistida e os acadêmicos relatam não concordar com a necessidade de descrever cada procedimento realizado com a mesma e o estado em que se encontrava no início e no final dos atendimentos. Consideram que no registro diário deveriam ser incluídas apenas alterações que, porventura, venham a ocorrer no diagnóstico fisioterápico

ou nas condutas terapêuticas e que esta burocracia causa um estresse desnecessário.

Acadêmico H: “a avaliação representa um dia, o dia que ela (paciente) foi avaliada [...] se depois disso houve alteração no diagnóstico, eu não concordo em colocar isso na avaliação, eu acho que tem que ser registrado apenas na evolução (registro diário dos atendimentos)”. Acadêmica N prossegue: “ah, eu tô de saco cheio. Ninguém merece ter que ficar fazendo evoluções! É sempre a mesma coisa, os professores pedindo: ‘O que ele fez? O que ele evoluiu? E isto? E aquilo?’” [Risos] Acadêmica G completa: “é, o estresse é por causa destas evoluções [...]. Essa burocracia não dá pra agüentar”!

Dentro de um ambiente de estágio clínico, surge a tríade constituída pelo Acadêmico que inicia a prática naquele local, pelo supervisor e pelos sujeitos que fazem parte do local da prática. Desafios, barreiras e apoios podem surgir em todos os aspectos desta tríade e, desta forma, é importante considerar que apoio e barreiras não podem ser vistos isoladamente, pois fazem parte de um todo (8). A importância de facilitar, e não inibir, é a essência do estágio clínico, para isso, a comunicação entre educadores da prática e estudantes deve ser aberta e produtiva (9).

As recomendações sugeridas para superação dessas dificuldades foram: a) apontar modos alternativos para elaboração da ficha de avaliação, mediante pesquisa mais aprofundada na literatura e investigação em outros ambientes

de estágio, de outras instituições, conhecendo novas realidades e buscando possíveis adaptações; b) readaptar registros dos atendimentos diários, através do estímulo à iniciativa e criatividade, e buscando maneiras diferentes e objetivas de realizar as evoluções diárias.

Acadêmica N: “antes de começar o estágio, a turma podia investigar a literatura [...] depois cada um traz suas propostas, tanto da ficha de avaliação, quanto das evoluções”. Acadêmico H diz: “deveria ser discutido melhor entre professores e acadêmicos, antes de começar o estágio, como fazer os registros [...] sugiro trocar por um relatório mensal dos atendimentos”. Acadêmica A complementa: “ou, se tiver que ser diário, usar a imaginação, a criatividade, encontrar um jeito bem sucinto e objetivo. As condutas já estão descritas no plano de tratamento”! Acadêmica J retruca: “eu acho que devia ser abolido! Evoluções diárias [...] tinha que acabar com isso”!

Freire nos instiga e impulsiona em direção à superação, pois acredita que precisamos é da capacidade de ir mais além de comportamentos esperados, de contar com a curiosidade crítica do sujeito, sem a qual a invenção e a reinvenção das coisas se dificultam (26). Desta forma, os acadêmicos exercem a capacidade de observação, interpretação, reflexão e transformação da realidade vivida pelo grupo, através do diálogo libertador, encontrando a possibilidade de apontar novas estratégias para a formulação da ficha de avaliação da

mulher com IU e dos registros diários dos atendimentos realizados.

Dificuldades em relação à organização do ECS – O entendimento dos sujeitos da pesquisa quanto à forma que o ECS do sétimo período está organizado, inicialmente revela que consideram o processo avaliativo incoerente. Acreditam que muitos fatores estão implícitos e influenciam a avaliação do estagiário, como: a pressão dos supervisores, principalmente durante as provas práticas; a pluralidade nas linhas de atuação dos professores, muitas vezes confundindo os acadêmicos; a ênfase aos aspectos negativos da atuação dos mesmos; e a forma de devolutiva da nota, com a presença de todos os supervisores do estágio no repasse da avaliação, enquanto o acadêmico, sozinho, sente-se intimidado e acuado.

Acadêmica J: “esse medo que eu tenho. É muita pressão, não consigo trabalhar [...]”. Acadêmico B opina: “a gente não é preparado pra ser estagiário, pra agüentar essa pressão, entendeu”? Acadêmica I prossegue: “a cobrança é grande [...] você tem uma prova prática, entra com o paciente, desconhecido, que nunca viu, e o professor tá ali o tempo inteiro te olhando, te avaliando”.

Mais adiante, a acadêmica I comenta: “os pontos negativos podem ser bem menores que os positivos, mas eles são muito mais levantados”. Acadêmico E completa: “sempre tá faltando alguma coisa [...] nunca tá bom”!

E em outro momento, acadêmica J diz: “[...] tem professores que [...] nunca permaneceram num atendimento meu [...]. Tem uns que só dão uma passadinha, uma cabeceada e pronto”! Pesquisadora não entende: “cabeceada”? Acadêmico E explica: “dá só uma olhada na porta”!

Uma relação confortável, com comunicação aberta, é crucial para que o Acadêmico se sinta seguro em assumir riscos e ao cometer erros, fatores importantes para a aprendizagem. Dois aspectos do ensino foram descritos como essenciais na promoção da aprendizagem: a abordagem do Acadêmico pelo supervisor e o feedback fornecido sobre o desempenho. Estudantes de fisioterapia relataram que estes fatores permitiram um conhecimento integrado, um exame crítico do que estavam fazendo e porquê, e a identificação dos pontos fortes e fracos (7).

Outro fator que surgiu nas discussões quanto à organização do estágio foi o tempo disponibilizado para os atendimentos das mulheres com IU. A carga horária diária e o número de pacientes assistidas resultavam na falta de intervalo entre os atendimentos, dificultando a preparação do ambiente, a pontualidade no horário dos atendimentos e limitando o contato dos acadêmicos com os supervisores.

Acadêmico B: “[...] são cinco pacientes, com 50 minutos de atendimento pra cada um e sem nenhum intervalo entre eles”! Acadêmica A continua: “então, pra ser pontual tu tem que

largar a paciente um pouco antes pra pegar a outra". Acadêmica I acrescenta: "porque tu fica com cinco pacientes, não dá, não sobra tempo pra discutir com o professor"! Acadêmico B contribui: "a paciente não ser bem atendida por um problema na tua conduta é uma coisa, agora outra coisa é ela não ser bem atendida porque tu tá com pressa"!

Alguns fatores influenciam a aprendizagem no cenário do estágio clínico, como a interação dos acadêmicos com seus pacientes, supervisores e com o ambiente da prática. Estudantes de fisioterapia dos Estados Unidos relataram que fatores ligados aos supervisores e ao contexto do cenário, como pesadas cargas de trabalho, ritmo acelerado de trabalho, tempo limitado para reflexão e tempo limitado para o tratamento dos pacientes, acabam dificultando a aprendizagem (7). A organização do ambiente de estágio requer tempo para o processo de desenvolvimento da competência profissional, para as diversas rotinas diárias e tarefas que auxiliam na estruturação do trabalho diário. Ter tempo suficiente com paciente é considerado primordial, especialmente no primeiro encontro. Além disso, a flexibilidade no tempo e no espaço dá aos estudantes a oportunidade de reflexão sobre suas próprias ações e reações, e de preparação antes do contato com o paciente (6).

Outra importante questão levantada, ainda quanto à forma como o estágio está organizado, diz respeito ao número

de mulheres com IU assistidas em cada turno de atividades. Os sujeitos da pesquisa entendem que, apesar da filosofia do curso preconizar o processo ensino-aprendizagem, na prática, existe uma preocupação em atender à demanda de pacientes do município onde a instituição está localizada, gerando preocupações com a qualidade do aprendizado.

Acadêmico B: “uma coisa muito falada, muito bonita, mas que não é aplicada, é que a gente não está aqui pra dar conta de demanda. O que é que se aplica? Que a gente tem que dar conta da demanda que tem. Isso é fato. É muito fácil falar uma coisa e fazer outra [...]”.

O estudante que inicia atividade prática em um ambiente de estágio fica exposto a novas situações desafiadoras, sendo que o mesmo deve ser capaz de agir por conta própria, lidar com conflitos e questões delicadas, além de administrar seu tempo e ser competente. Participantes de um estudo relatam que aprenderam, durante a vivência do estágio clínico, através da participação ativa na prática, quando tiveram tempo para refletir e participar de atividades reflexivas e, principalmente, por meio da observação e do diálogo (10).

As sugestões para ultrapassar tais dificuldades são: a) dialogar com supervisores durante o estágio, buscando o apontamento de aspectos positivos e negativos, argumentando e justificando escolhas do plano terapêutico e solicitando

devolutiva da nota com presença de outros acadêmicos; b) otimizar o tempo disponível para os atendimentos diários e, conseqüentemente, obter espaços na agenda que permitam intervalos produtivos entre os atendimentos; c) priorizar a qualidade e não a quantidade dos atendimentos.

Acadêmica G: “eu acho que poderia tirar um paciente de cada dia e fazer um intervalo um pouco maior. 5 minutos entre um paciente e outro dá, sabe? Faz um intervalo (de lanche) um pouco menor e aproveita o final da tarde pra todo mundo discutir o que fez no dia”! Acadêmico H sugere: “teriam que liberar um horário pra gente poder conversar com o professor, tirar as dúvidas [...]”.

Mais adiante, o acadêmico B comenta: “[...] perguntar se alguém se importa de fazer devolutiva junto com outros colegas, vai ser um ou outro que não aceitaria”. Acadêmica I complementa: “ou fazer em dupla. Eu e a J, a gente sempre recebia a nota em dupla”. Acadêmico B prossegue: “porque esse é o negócio. Intimida o acadêmico, tu tem três professores e tu é o único acadêmico”.

O diálogo é o momento de reflexão coletiva sobre a realidade e, na medida em que se comunicam uns com os outros (25), acadêmicos se tornam mais capazes de transformar o contexto do estágio curricular supervisionado, discutindo a respeito das dificuldades apresentadas e propondo as estratégias de dialogar com professores durante atividades do

estágio, otimizar o tempo disponível e priorizar a qualidade dos atendimentos.

Considerações finais

Ao buscar identificar as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia no desenvolvimento da assistência à mulher com IU, durante as atividades do ECS, encontraram-se achados que revelam a complexidade envolvida nesta situação. As condutas de avaliação da mulher portadora de IU geram importantes dificuldades na realização do exame físico e na aplicação de instrumentos diagnósticos.

Dificuldades ao estabelecer e conduzir o plano terapêutico e ao realizar os registros das consultas das mulheres assistidas também se tornam evidentes. Além disso, a forma de organização do ECS suscita importantes reflexões, sendo que os acadêmicos revelam dificuldades relacionadas ao processo avaliativo, ao tempo disponibilizado às atividades com as mulheres e à interação com os supervisores.

A construção coletiva, pelos sujeitos, das propostas para superação das dificuldades apresentadas, enfatiza a abordagem para o exame físico após o fortalecimento do vínculo com a mulher assistida, a visualização de imagens através de vídeos e a autoaplicação dos instrumentos diagnósticos. Ainda sugerem criar oportunidades para aprofundar o conhecimento e

intensificar o manuseio dos equipamentos utilizados na fisioterapia uroginecológica, acreditando que, desta forma, podem ser capazes de conduzir o plano terapêutico de forma adequada, tranqüila e equilibrada. Apontar modos alternativos de formular a ficha de avaliação e os registros diários é considerada uma estratégia viável, assim como, a reformulação na organização do estágio curricular, favorecendo o diálogo aberto entre acadêmicos e supervisores, otimizando o tempo de trabalho e priorizando a qualidade dos atendimentos.

Acadêmicos que participam de oficinas guiadas pelos pressupostos da Pedagogia Libertadora mostram-se conscientes e críticos ao constatar que a implementação destas propostas torna-se possível à medida que houver engajamento de todos os envolvidos no contexto do ECS, na área da fisioterapia uroginecológica.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2010.

2. Teixeira LJ, Oliveira MAC. Estágios curriculares em fisioterapia. *Fisioter Bras*. 2007;8(1):57-63.
3. Marin, M.J.S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):13-20.
4. Signorelli MC, Israel VL, Corrêa CL, Motter AA, Takeda SYM, Gomes ARS. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. *Fisiot Mov*. 2010;23(2):331-40.
5. Teófilo TJS, Dias MSdeA. Concepções de docentes e discentes acerca de metodologias de ensino-aprendizagem: análise do caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral - Ceará. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(30):137-51.
6. Skøien AK, Vagstol U, Raaheim A. Learning physiotherapy in clinical practice: student interaction in a professional context. *Physiother Theor Pract*. 2009;25(4):268-278.
7. Healey WE. Physical Therapist student approaches to learning during clinical education experiences: a qualitative study. *JOPTE*. 2008;22(1):49-58.
8. Plack MM. The learning triad: potencial barriers and supports to learning in the physical therapy clinical environment. *JOPTE*. 2008;22(3):7-18.

9. Morris J. Factors influencing the quality of student learning on practice placements. *Learn Health Soc Care*. 2007;6(4):213-219.
10. Plack MM. The development of communication skills, interpersonal skills, and a professional identity within a community of practice. *JOPTE*. 2006;20(1):37-46.
11. Aragão, JCS et al. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de medicina para o exame ginecológico. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):80-83.
12. Fischer-Sgrott FO, Manffra EF, Busato Junior WFS. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa refratária tratadas com estimulação elétrica do nervo tibial posterior. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(6):480-486.
13. Yates R, Rochester P. The use of vaginal cones in the treatment of stress urinary incontinence. *Journal ACPWH*. 2007;101:16-24.
14. Marques KSF, Freitas PAC A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na Unidade Básica de Saúde. *Fisiot Mov*. 2005;18(4):63-67.
15. Perrin L, Dauphiné ES, Corcos J, Hanley J, Kuchel G. Pelvic floor muscle training with biofeedback and bladder training in elderly women: a feasibility study. *Journal of WOCN*. 2005;32(3):186-199.

16. Moreno A. Fisioterapia em uroginecologia. Barueri: Manole, 2004.
17. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
19. Freire P. Educação como prática da liberdade. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
20. Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(3):390-397.
21. Pereira AL. A sexualidade no cuidar: experiências conflitantes de discentes de enfermagem. Rev Pesq: Cuidado é Fundamental Online. 2009;1(2):326-334.
22. Wånggren K, Pettersson G, Csemiczky G, Gemzell-Danielsson K. Teaching medical students gynaecological examination using professional patients-evaluation of students' skills and feelings. Med. Teach. 2005;27(2):130-135.
23. Carr SE, Carmody D. Outcomes of teaching medical students core skills for women's health: the pelvic examination educational program. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(5):1382-1387.

24. Reynolds PJ. How service-learning experiences benefit physical therapist student's professional development: a grounded theory study. JOPTE. 2005;19(1):41-54.
25. Freire P, Schor I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
26. Freire P. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

Cilene Volkmer

Rua Duarte Schutel, 215/201 A, Centro. Florianópolis, SC, Brasil.

88015-640. (48) 3209 7012 e 9965 4492. E-mail: cilenev@gmail.com

Marisa Monticelli

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC
Campus Universitário, s/n. Bairro Trindade. 88040-970.

Florianópolis – SC Fone/fax: 00 xx 55 48 3721 9399/3721 9480/3721 9787

E-mail: marisa@ccs.ufsc.br Homepage: www.pen.ufsc.br

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação envolvendo o processo de aprendizagem em fisioterapia é algo incipiente, tanto em nível internacional, quanto nacional, retratando aspectos gerais do aprendizado da assistência fisioterápica. Ao realizar um recorte desta realidade para a área da fisioterapia uroginecológica, percebi a grande lacuna de conhecimento, pois a deficiência de estudos sobre este tema é evidente.

O interesse por este assunto surgiu pelo fato da minha experiência de docência na área da fisioterapia direcionada à saúde da mulher ter principiado de forma inusitada, na tentativa de auxiliar uma colega que necessitava afastar-se desta atividade e pela ausência de outros fisioterapeutas interessados em assumir esta responsabilidade. O início desta atividade foi bastante atribulado e, à medida que o tempo transcorria, a experiência transformava-se em algo maravilhoso, contagiante, apesar de inúmeras dúvidas quanto à forma de conduzir e direcionar o aprendizado do assunto em questão.

Para enfrentar as adversidades, acreditei na minha formação como professora de 1º grau, por obter a Habilitação Profissional Plena para o Magistério ao finalizar o ensino de 2º grau, que me proporcionou uma rica bagagem, nos aspectos didáticos e pedagógicos. Além disso, tive extrema confiança na minha formação como fisioterapeuta, e adentrei neste caminho, buscando exercer a atividade docente da melhor forma possível.

A revisão de literatura permitiu constatar a ausência de estudos qualitativos sobre o processo de formação profissional em fisioterapia uroginecológica, além da ausência de estudos qualitativos com o foco no processo de formação profissional da área da saúde para assistir a mulher com IU. Outro aspecto importante a considerar é a lacuna de conhecimento na literatura envolvendo a análise com rigor metodológico de estudos qualitativos, a metassíntese ou síntese metaetnográfica.

Ainda assim, conforme apresentei no início do trabalho, muitas dificuldades surgiram ao longo do caminho e inquietações foram sendo “armazenadas”, principalmente em relação ao processo de aprendizagem da assistência fisioterápica à IU feminina, sem as devidas reflexões, até o momento de ingressar neste Mestrado e perceber que existiam muitas perguntas a serem respondidas. Desta forma, ao finalizar este estudo, retorno aos objetivos que nortearam minha prática investigativa, no sentido de compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia durante a aprendizagem da assistência à mulher com

incontinência urinária e de construir estratégias conjuntas com os acadêmicos para a superação destas dificuldades.

Na análise dos dados, percebi que as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia no processo de formação profissional da fisioterapia uroginecológica diferem em relação ao momento em que os mesmos se encontram no processo. Desta forma, os resultados foram apresentados no formato de dois artigos/manuscritos, destacando as dificuldades e as propostas de superação de acordo com o momento da iniciação da aprendizagem na assistência fisioterápica à mulher com IU e com o momento do desenvolvimento da assistência durante o ECS.

Assim sendo, na iniciação da aprendizagem, os sujeitos pesquisados revelam a magnitude da dificuldade em lidar com a sexualidade, tanto em relação a si próprios, quanto aos colegas ou às mulheres assistidas, o que condiz com a realidade do processo de aprendizagem para abordagem da mulher, na área da saúde.

Dificuldades em relação à interação com mulheres portadoras de IU também ficam evidentes, principalmente na formação do vínculo e comunicação, nas barreiras culturais, na abordagem da mulher como ser integral e ao lidar com queixas sexuais. Além disso, também surgiram dificuldades quanto à organização da disciplina Fisioterapia Uroginecológica, no sexto período, relacionadas ao contexto da disciplina, aos sentimentos negativos e à vivência do primeiro contato com a mulher portadora de IU.

A princípio, o convite para a reflexão destas dificuldades através das oficinas surtiu um misto de estranheza e descrença, mas no transcorrer do processo investigativo, os acadêmicos foram percebendo e apreciando a sensação de liberdade advinda desta proposta, aliado ao sentimento de poder, no sentido de superar os obstáculos encontrados.

Os modos de superação para estas dificuldades apontadas foram propostos através da construção coletiva, entre sujeitos da pesquisa, valorizando a abordagem precoce do tema sexualidade no curso, buscando a desinibição através da vivência de novas experiências e discutindo o tema com amigos. Além disso, sugerem priorizar a informalidade no primeiro atendimento, planejar alternativas, focar no essencial e alicerçar a relação com a mulher assistida na confiança mútua, além do incentivo à dialogicidade, de modo formal ou não, em diversos momentos e disciplinas do curso.

Os acadêmicos acreditam que estas propostas os capacitam a desvencilhar-se do medo, da vergonha e do constrangimento, mediante a melhora da autoestima, do compartilhamento de experiências nas vivências em grupo, buscando inserir a realidade no cotidiano das aulas

e experimentando a sensação vivida pelas mulheres com IU. Demonstram o quanto consideram importante a readequação do curso e da disciplina Fisioterapia Uroginecológica, do sexto período, no sentido que haja participação ativa dos acadêmicos neste processo.

Ao buscar identificar as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia no momento do desenvolvimento da assistência à mulher com IU, durante as atividades do ECS, os achados revelam a complexidade envolvida nesta situação. As condutas de avaliação da mulher portadora de IU geram importantes dificuldades na realização do exame físico e na aplicação de instrumentos diagnósticos.

Dificuldades ao estabelecer e conduzir o plano terapêutico transparecem, principalmente na elaboração do diagnóstico fisioterápico, na seleção das condutas a serem realizadas e na indicação e manuseio de equipamentos. Além disso, dificuldades em realizar os registros das consultas das mulheres assistidas também se tornam evidentes. A forma de organização do estágio curricular supervisionado suscita importantes reflexões, sendo que os acadêmicos revelam dificuldades relacionadas ao processo avaliativo, ao tempo disponibilizado às atividades com as mulheres e à interação com os supervisores.

A construção coletiva, pelos sujeitos, das propostas para superação das dificuldades apresentadas, enfatiza a abordagem para o exame físico após o fortalecimento do vínculo com a mulher assistida, a visualização de imagens através de vídeos e a autoaplicação dos instrumentos diagnósticos. Sugerem, ainda, criar oportunidades para aprofundar o conhecimento e intensificar o manuseio dos equipamentos utilizados na fisioterapia uroginecológica, acreditando que, desta forma, podem ser capazes de conduzir o plano terapêutico de forma adequada, tranquila e equilibrada. Apontar modos alternativos de formular a ficha de avaliação e os registros diários é considerada uma estratégia viável, assim como, a reformulação na organização do estágio curricular, favorecendo o diálogo aberto entre acadêmicos e supervisores, otimizando o tempo de trabalho e priorizando a qualidade dos atendimentos.

As propostas sugeridas pelos acadêmicos foram construídas com o intuito de serem expostas e negociadas com os responsáveis pela condução do processo de formação profissional do curso de fisioterapia, através de um diálogo amplo e aberto à inovações. É relevante informar que, durante o transcorrer do processo investigativo, a comunicação entre os sujeitos da pesquisa, docentes das disciplinas envolvidas no contexto e eu, enquanto pesquisadora, foi viabilizada e, ainda no 2º

semestre de 2010, após o término da coleta de dados, algumas modificações já estavam sendo estudadas e implementadas na disciplina Fisioterapia Uroginecológica, com o compromisso de serem totalmente discutidas antes do início das atividades do 1º semestre de 2011. Essa situação é nodal para o contexto pesquisado, uma vez que a PCA somente tem validade se seus resultados são aplicados na realidade investigada, para melhorá-la.

Ao analisar a situação vivenciada em oficinas guiadas pelos pressupostos da Pedagogia Libertadora, considero extremamente importante o desenvolvimento do exercício da dialogicidade pelos acadêmicos de fisioterapia, pois os mesmos mostram-se conscientes e críticos ao vislumbrar possibilidades de modificação da realidade da fisioterapia uroginecológica no curso. Por outro lado, constatam que a implementação das propostas apresentadas é uma tarefa árdua, que se torna possível à medida que existe engajamento e cooperação de todos os envolvidos no contexto do processo de formação profissional nesta área, ou seja, discentes, docentes, coordenadores e orientadores pedagógicos.

Os sujeitos demonstram, a princípio, certo receio de que suas propostas possam ser consideradas “abusivas”, ou mesmo, vistas como uma crítica gratuita. Isto demonstra o quão arraigada está a educação bancária em nossa realidade, pois o medo de retaliações frente à possibilidade de um processo de transformação ainda está muito presente. Desta forma, a prática do diálogo, ao ser incorporada no cotidiano dos acadêmicos, deixa de ser uma atividade estranha, diferenciada, transformando-se em algo habitual e estimulante.

Deste modo, entendo que oficinas temáticas, utilizadas como instrumento de coleta de dados da PCA, mediante participação ativa dos sujeitos envolvidos, são valiosas ferramentas, tanto para a compreensão das dificuldades apresentadas pelos sujeitos em relação ao processo de formação profissional em fisioterapia uroginecológica, quanto no sentido de proporcionar aos mesmos o empoderamento, o poder de refletir sobre suas dificuldades e de encontrar soluções viáveis, o poder de dialogar de igual para igual com colegas, docentes e supervisores, de sugerir alternativas, percebendo que as mesmas são levadas em consideração no momento do planejamento das disciplinas envolvidas neste processo.

O referencial teórico-metodológico que alicerça a investigação, conduzido pelos princípios da Pedagogia Libertadora, permite a descoberta de que a reflexão e a discussão são os propulsores do diálogo verdadeiro e libertador, e que a transformação da realidade só é possível

através da ação; a ação transformadora realizada coletivamente. A oportunidade dos sujeitos compartilharem seus anseios, seus medos, seus constrangimentos, suas inseguranças e de serem estimulados a olhar para esta realidade de forma crítica e reflexiva, possibilita a participação progressiva dos acadêmicos nas oficinas temáticas e, a cada encontro, os mesmos conseguem exercer a dialogicidade de modo mais natural, profundo e produtivo, surgindo modos de superação, na proporção em que mais discussões ocorrem.

Por outro lado, ao colocar em prática as oficinas temáticas, guiadas pelo referencial de Paulo Freire, alguns fatores geraram certas barreiras na condução da proposta. Entre estes fatores, posso afirmar que o principal foi assumir a função de mediadora e facilitadora dos encontros com os sujeitos. Provavelmente, pela minha formação ter ocorrido no modelo bancário, considero extremamente difícil rever crenças e mudar atitudes, que foram sendo repetidas, ao longo dos anos, sem nenhuma reflexão. Em vários momentos percebi que, ao invés de facilitar, eu estava inibindo a criatividade, a imaginação, pois o “saber ouvir” ainda era algo distante e, antes que os acadêmicos expusessem seus pensamentos, eu colocava minhas opiniões e experiências. Este exercício de reflexão foi possível no momento da transcrição dos encontros, ao perceber que minha participação poderia estar direcionando, de forma autoritária, a discussão. Então, retornava às sábias palavras de Paulo Freire “mudar é difícil, mas é possível” e seguia adiante, sempre mais segura e confiante, no sentido de estimular o verdadeiro diálogo nos encontros seguintes.

Outro fator complicador foi a própria inibição e constrangimento dos acadêmicos em falar sobre certos assuntos, principalmente a sexualidade. Nos primeiros encontros, poucos sujeitos participaram e aqueles que estavam presentes comentavam que muitos colegas se sentiam intimidados pela presença do sexo oposto. Alguns chegavam ao local do encontro e após analisarem se havia mais rapazes ou moças, optavam por não participar da oficina. À medida que os encontros transcorriam e os sujeitos exercitavam a prática dialógica, os constrangimentos foram sendo superados, tanto, que o último encontro contou com a presença de 12 dos 13 acadêmicos envolvidos.

Ainda no que diz respeito à condução metodológica das atividades, propor a reflexão sobre o próprio cotidiano dos acadêmicos, a partir de suas percepções sobre o processo de formação profissional na assistência fisioterápica à mulher com IU, dentro da universidade, consequentemente, resultou na possibilidade das oficinas serem mediadas por um docente da área da saúde, nesse caso, fisioterapeuta.

Assim, pretendi desempenhar o papel de articuladora do grupo, no intuito de facilitar, auxiliar a desvelar novos caminhos, estimular o uso da imaginação e da criatividade em todos os momentos da investigação. Conforme o pensamento de Paulo Freire, o papel do mediador não é falar ao grupo sua visão do mundo, ou tentar impô-la de alguma maneira, mas dialogar com os sujeitos sobre a visão *deles* e a *nossa*. Os sujeitos, que estão imersos na realidade, sentindo e percebendo suas necessidades, emergem desta realidade, conseguindo analisar as situações vividas com um distanciamento, que permite manter o foco do debate naquilo que é essencial e chegar aos momentos de síntese. Desta forma, conseguiram propor estratégias para transformar a realidade vivida e a própria reflexão gerada permitiu que percebessem suas transformações individuais, passando a ser mais críticos em relação às suas ações enquanto acadêmicos, futuros profissionais e cidadãos; atores corresponsáveis pelo processo de formação profissional.

Ponderando sobre o caminho teórico-metodológico empregado na pesquisa e seus princípios, que nortearam a mim, enquanto pesquisadora, e aos sujeitos, enquanto seres humanos críticos e reflexivos, em direção à transformação almejada, considero que os mesmos se revelaram adequados ao propósito de encontrar respostas às perguntas da pesquisa. No mesmo sentido, creio que a construção dos pressupostos e conceitos, com base no referencial escolhido, foram importantes na incorporação das concepções freireanas em todas as etapas do processo.

A finalização deste estudo permitiu que, enquanto docente, pesquisadora e facilitadora, minha visão de mundo fosse revista, repensada e recriada, contribuindo para a transformação da minha realidade. Da mesma forma, espero ter colaborado com os acadêmicos envolvidos, na superação das dificuldades enfrentadas e na transformação destes sujeitos em seres humanos que se tornam presença no mundo, com o mundo e com os outros, presença que intervém, que transforma, que rompe.

Além disso, espero que esta pesquisa possa contribuir com a realidade do processo de aprendizagem da fisioterapia uroginecológica, incentivando novas reflexões, não apenas acerca das dificuldades dos acadêmicos, mas também dos docentes e dos coordenadores, quanto à prestação de assistência às mulheres portadoras de incontinência urinária, no sentido de considerar todas as nuances e sutilezas desta abordagem, em busca da assistência integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. **Urology**, Ridgewood, v. 61, n. 1, p. 37-49, jan. 2003.
- ARAGAO, J. C. S. et al. O uso da técnica de role-playing como sensibilização dos alunos de medicina para o exame ginecológico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 80-83, jan./mar. 2009.
- ARAÚJO, G.T.B. de. O custo da incontinência urinária no Brasil: experiência do serviço de uroginecologia da UNIFESP. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, 2009.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- _____. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BASSO, J. F. **Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.
- BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev Latino-Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 390-397, 2010.
- BERGHMANS, B. El papel del fisioterapeuta pélvico. **Actas Urol Esp.**, Madri, v.30, n. 2, p. 110-22, 2006.
- BØ, K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. **Sports Med.**, Auckland, v. 34, n. 7, p. 451-64, 2004.
- BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2007.

BONINI-ROCHA, A. C. De fisioterapeuta a professor: fisioterapeutas docentes e o ensino da ação fisioterapêutica. **Rev. FisioBrasil**, Rio de Janeiro, ano 12, n. 89, p. 29-33, jun. 2008.

BRASIL. **Lei nº 11.788**, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória no 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em:
< <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei11788.htm>> Acesso em: 26 set. 2009.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em:
<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. **Decreto nº 87.497**, de 18 de agosto de 1982. Regulamenta a lei n. 6494, de 07/12/1977, que dispõe sobre o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de 2º Grau regular e supletivo, nos limites que especifica, e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D87497.htm>. Acesso em: 30 mar. 2009.

CARRARO, T. E. Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (Org.) **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2003, p. 29-38.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL/COFFITO. **Resolução nº. 153**, de 30 de novembro de

1993. Fixa a relação máxima de preceptor/acadêmico, quando o estágio curricular for promovido diretamente por Instituição de Ensino Superiores. Disponível em:
http://crefito4.com.br/res__coffito_153.htm Acesso em: 30 mar. 2009.

_____. **Código de ética profissional de fisioterapia e terapia ocupacional.** Aprovado pela resolução coffito-10 de 3 de julho de 1978. Disponível em:
http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=26>. Acesso em: 09 abr. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO/CREFITO 5. **Parecer sobre estágio curricular à luz da legislação vigente e das Resoluções COFFITO 139 e 153** – aspectos práticos e teóricos sobre o estágio supervisionado – relação acadêmico/instituição de ensino/conselho fiscalizador. 2005. Disponível em:
<http://www.crefito5.com.br/web/pareceres/par27072005.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

DECLARAÇÃO DE HELSINKI. **Princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos.** Adotado na 18ª Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia, Junho 1964. Disponível em:
[http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica/Gabriela_Guz_ModuloIII/DECLARA%C7%C3O%20DE%20HELSINKI%20\(2000\)%20em%20portugu%C3%AAs.doc](http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica/Gabriela_Guz_ModuloIII/DECLARA%C7%C3O%20DE%20HELSINKI%20(2000)%20em%20portugu%C3%AAs.doc)> . Acessado em 08 de junho de 2009.

DELLÚ, M. C.; ZÁCARO, P. M. D.; SCHMITT, A. C. B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 12, n. 6, p. 482-487, nov./dez. 2008.

DENZIN, N. K. et al. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. 2. ed. Reimp. 2008. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DORAN, C. M.; CHIARELLI, P.; COCKBURN, J. Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women. **Med J Aust.**, Sydney, v. 174, p. 456-458, may 2001.

FAWCETT, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. In: _____. **Conceptual models and contemporary nursing knowledge**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1995, p. 1-50.

FISCHER-SGROTT, F. O.; MANFFRA, E. F.; BUSATO JUNIOR, W. F. S. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa refratária tratadas com estimulação elétrica do nervo tibial posterior. **Rev Bras Fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 480-486, 2009.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FLORIDO, J. (Ed.). **Sócrates**. São Paulo: Nova Cultural, 1999 (Série Os Pensadores).

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 48ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação perineal**. São Paulo: Manole, 2002.

GUARISI, T. et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 439-443, ago. 2001.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. I. Fatores de risco para

incontinência urinária na mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.187-92, mar. 2008.

HENDERSON, P.; JOHNSON, M. H. Assisting medical students to conduct empathic conversations with patients from a sexual medicine clinic. **Sex. Transm. Infect.**, London, v.78, n.4, p.246-249, aug. 2002.

INTERNATIONAL INCONTINENCE SOCIETY/ ICS. **Factsheet 08 - Bladder Dysfunction in the frail elderly**. July, 2005. Disponível em: <http://www.icsoffice.org/ASPNET.Membership/Membership/Documents/Documents.aspx?FolderID=30>. Acesso em 09 de abril de 2009.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-41, mar. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

_____. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004.

NASCIMENTO, M.C. et al. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 2, p. 241-247, 2006.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984, p. 210-229.

OLIVEIRA, K. A. C.; RODRIGUES, A. B. C.; PAULA, A. B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço da mulher. **Rev. eletrônica F@pciencia**, Apucarana, v. 1, n. 1, p. 31-40, dez. 2007. Disponível em:
< http://www.fap.com.br/fapciencia/001/edicao_2007/004.pdf> Acesso em 11 de maio de 2009.

PEREIRA, A. L. A sexualidade no cuidar: experiências conflitantes de discentes de enfermagem. **Rev. de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.326-334, set./dez. 2009.

PETRI, F. C. **História e interdisciplinariedade no processo de humanização da fisioterapia**. 2006. Dissertação (Mestrado em Integração Latino-Americana) – Programa de Pós-Graduação em Integração Latino-Americana, Universidade Federal de Santa Maria, 2006.

PICONEZ, S. C. B. A prática de ensino e o estágio supervisionado: a aproximação da realidade escolar e a prática da reflexão. In: _____. (Coord.). **A prática de ensino e o estágio supervisionado**. 10. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2004. p. 15-38.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Santos, 2002.

RAMEH, L. **Método Paulo Freire: uma contribuição para a história da educação brasileira**. V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife, 19 a 22 de setembro, 2005. Disponível em:
<http://www.paulofreire.org.br/pdf/comunicacoes_orais/MÉTODO%20PAULO%20FREIRE%20UMA%20CONTRIBUIÇÃO%20PARA%20A%20HISTÓRIA%20DA%20EDUCAÇÃO%20BRASILEIRA.pdf>. Acesso em 11 de maio de 2009.

RAMOS, B. H. S.; DONADEL, K. F.; PASSOS, T. S. Reabilitação da musculatura pélvica aplicada ao tratamento da incontinência urinária. **Rev. Conquer**, Barreiras, v. 1, dez. 2006. Disponível em:
<<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/view/31/20>> Acesso em: 09 abr. 2009.

REIBNITZ, K. S. **Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço**

interseção na relação pedagógica. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

RETT, M. T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 134-140, mar. 2007.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**; a imaginação; questão de método. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987 (Série Os Pensadores).

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Forth Worth: Harcourt, Brace Javanovich, 1980.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ/UNIVALI. Curso de Fisioterapia. **Projeto pedagógico 2007-2008**, 2008. Mimeografado.

YATES, R.; ROCHESTER, P. The use of vaginal cones in the treatment of stress urinary incontinence. **Journal ACPWH**, Wiltshire/UK, v.101, p. 16-24, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo do Diário de Campo utilizado para registro dos dados

<p>Dia: 21.08.2009 - 3ª aula</p> <p>Atividade: aula prática com moldes de silicone de pelvis femininas</p> <p>Hora: 08:00 h até 09:40 h</p> <p>Local: Laboratório do Bloco 24 A</p>		
Notas de Campo	Notas Metodológicas	Notas Teóricas
<p>No horário combinado, todos os alunos chegam ao laboratório do Bloco 24 A, para a aula prática em modelos de silicone, referente ao aprendizado do toque vaginal. Os alunos estão bastante agitados e fazem muitas brincadeiras ao observarem os modelos de silicone sobre a bancada (os alunos da disciplina já haviam sido informados que a professora responsável pela disciplina está afastada das atividades e que eu irei substituí-la na aula de hoje).</p> <p>Pesquisadora: Bom dia! Vocês lembram da última aula sobre a colocação das luvas?</p> <p>Alunos: não!</p> <p>Pesquisadora: coloquem as luvas somente quando iniciarem o exame! (Muitos alunos estavam colocando as luvas antes do início da aula).</p> <p>Alunos sentam em volta da bancada (muito barulho neste</p>	<p>A professora da disciplina realizou contato telefônico prévio comigo, informando que está afastada das atividades na instituição devido às medidas de prevenção da gripe A em gestantes.</p> <p>Pergunta da possibilidade de eu substituí-la na aula prática do laboratório, referente ao toque vaginal.</p> <p>Conversamos com a coordenadora do curso e ficou combinado que eu seria responsável por esta aula.</p>	

<p>momento, pois alunos arrumam os bancos em torno da bancada), onde se encontram os modelos de pelve feminina em silicone. O modelo utilizado para treinar o toque vaginal fica dentro de uma pequena caixa plástica e representa a textura do canal vaginal, em um modelo de silicone.</p> <p>Pesquisadora: estão todos aqui? Está faltando alguém?</p> <p>Alunos respondem que não está faltando ninguém na aula de hoje.</p> <p>Pesquisadora: vocês já sabem que estou aqui como pesquisadora e colaboradora, substituindo a professora da disciplina, pois como ela é gestante, foi afastada, assim como todas professoras gestantes, devido ao risco de contaminação com o vírus da gripe A... então, qual é a programação para hoje? O que diz o cronograma sobre esta aula?</p> <p>Aluna T: vamos aprender a fazer o toque vaginal!</p> <p>Pesquisadora: agora eu vou pedir para que vocês falem bem alto ao fazerem uma pergunta ou um comentário, para que a voz de todos vocês possa ficar registrada na gravação, ok?</p> <p>Pesquisadora: como vamos começar? Primeiro, colocar as luvas somente na hora do exame e nós ainda não</p>	<p>Solicitei que os acadêmicos colaborassem, pois alguns falam em tom muito baixo, dificultando a posterior transcrição da gravação.</p>	
--	--	--

<p>iniciamos o exame físico. Vamos treinar o toque vaginal neste modelo de silicone, um aluno de cada vez. Eu vou usar a mesma metodologia que a professora sempre usou nesta aula, ou seja, eu vou explicar para o aluno que está ao meu lado e este vai explicar ao próximo e assim por diante, até que todos tenham experimentado. Enquanto isso, os outros alunos podem ir manuseando estas outras peças: um modelo representando uma gestação gemelar, com as placentas, cordão umbilical e via de parto; vocês podem posicionar os gêmeos na pelve e simular o nascimento dos bebês... que tal? Bacana, né? Esta peça serve para mostrar o posicionamento dos gêmeos no útero.</p> <p>Neste momento, mostro todas as peças disponíveis para o manuseio no laboratório e os alunos ficam bastante interessados.</p> <p>Aluna A pergunta sobre como manusear peça que ensina a palpação do colo uterino, como perceber a diferença dos tipos de colo uterino. Outra aluna responde, pois já havia feito esse manuseio em um semestre anterior.</p> <p>A maioria dos alunos manuseia as peças de silicone, acham interessante, sorriem, demonstram sinais de alegria e, ao mesmo tempo, ansiedade.</p>	<p>Os alunos demonstram bastante interesse em manusear as peças do laboratório.</p>	
---	---	--

<p>Alunos demonstram bastante atenção durante a exposição.</p> <p>Pesquisadora: então, como fisioterapeutas, o que devemos investigar neste exame vaginal?</p> <p>Aluna L: a musculatura [...]</p> <p>Aluno S: a força muscular [...]</p> <p>Pesquisadora: alguma coisa a mais?</p> <p>[Silêncio]</p> <p>Pesquisadora: será que podemos sentir o posicionamento dos órgãos pélvicos? Ou melhor, uma alteração nestas posições?</p> <p>Alunos: ah, sim [...] os prolapsos!</p> <p>Pesquisadora: quais são mesmo os tipos de prolapsos?</p> <p>Maioria dos alunos responde: cistocele</p> <p>Pesquisadora: que significa o quê?</p> <p>Aluna Y e Aluna I (em uníssono): prolapso da bexiga.</p> <p>Pesquisadora: e os outros?</p> <p>Aluna A: retocele, prolapso do reto. A uretra é uretrocele e do útero [...] uterocele?</p> <p>Pesquisadora: não, do útero é prolapso uterino! E a do intestino delgado?</p> <p>Alunos não lembram. Eu completo: enterocele.</p> <p>Pesquisadora: a cistocele e a uretrocele, nós vamos perceber em que posição? Em que local da vagina é possível perceber estas condições?</p> <p>Maioria dos alunos responde: na frente (!!??)</p>		<p>Os alunos demonstram medo do desconhecido e dúvidas: será que serão aceitos enquanto acadêmicos, com suas inseguranças e medos?</p> <p>A educação libertadora nos ensina que mudar é difícil [...] mas é possível!!</p>
---	--	--

<p>Pesquisadora: e qual o termo correto para isso? (alunos conversam entre si, mas não respondem) se a bexiga está localizada anteriormente ao canal vaginal, o prolapso deste órgão vai ser percebido na parede anterior da vagina, concordam? Portanto, quando a mulher está deitada na posição ginecológica a parede anterior está voltada para cima e a parede posterior para baixo, em direção à maca... e como é chamada a parte superior da vagina?</p> <p>Aluna A e Aluna L: fundo? Colo?</p> <p>Pesquisadora: estes não são os termos usados para o útero? O que vocês acham de dar uma lida naquele livro que a professora sugeriu na última aula?</p> <p>Alguns alunos demonstram sinais de dúvida: franzem a testa, se entreolham e conversam entre si.</p> <p>Pesquisadora: então, aqui nesta peça onde vocês vão fazer o exame, não existe nenhum tipo de prolapso. Aqui vocês só vão sentir a textura que encontramos ao fazer o toque vaginal em uma mulher sem prolapsos... vocês acham que esta aula poderia ser feita de outra maneira?</p> <p>Alunos dão risadas [...].</p> <p>Pesquisadora: quando vocês têm aula prática das outras disciplinas, vocês não treinam</p>	<p>Neste momento estímulo a reflexão sobre a possibilidade de realizarem o</p>	<p>O modelo bancário deixa o acadêmico “engessado”, ele tem dificuldade em buscar novos caminhos...</p>
--	--	---

<p>as técnicas com os colegas?</p> <p>Alunos continuam achando muito engraçado.</p> <p>Pesquisadora: teria alguma voluntária para a nossa aula prática de toque vaginal?</p> <p>Alunas ficam bastante encobertas (faces avermelhadas). Eu ofereço a possibilidade de realizarmos esta prática em duplas, preservando a privacidade, na sala da clínica. Alunos continuam achando inviável a proposta. Ainda ofereço a possibilidade de realizarmos esta atividade em outro horário que não o da aula. Outra possibilidade é o treinamento desta atividade em casa, com alguém que se disponha a ajudá-los, por exemplo: amigas, namoradas [...]</p> <p>Alunos acham muito engraçado, principalmente os rapazes, e dão muitas risadas, parecem demonstrar constrangimento em tentar realizar este procedimento com outras pessoas; as meninas com expressão facial demonstrando timidez e constrangimento.</p> <p>Pesquisadora: vou falar um pouquinho sobre minha experiência como supervisora de ES em Fisioterapia uroginecológica. Vocês sabem que é muito comum os alunos chegarem para a abordagem da mulher incontinente no primeiro dia do estágio, após terem realizado atendimento de</p>	<p>treinamento do exame vaginal na aula, mas os alunos demonstram muito constrangimento.</p> <p>Poderia ter proposto, antes, que os próprios alunos expusessem sobre suas percepções acerca do assunto ao invés de logo propor a tarefa...</p> <p>Coloco-me à disposição para orientá-los fora do horário das aulas. Penso que, assim, os alunos que tiverem mais dificuldades ou timidez, possam obter ajuda.</p> <p>Poderia ter perguntado se eles gostariam que fosse falado sobre a experiência de supervisora de estágio, ou então, simplesmente possibilitar que vislumbassem isso</p>	<p>O professor precisa ficar atento aos sentimentos dos acadêmicos e mostrar que a insegurança e medo fazem parte do enfrentamento do desconhecido...</p> <p>Será que a educação bancária, geralmente presente na vida escolar e acadêmica, “sufoca” a capacidade de</p>
--	--	--

<p>tem problema! Então vamos lá... (vocês querem fechar a porta?)</p> <p>Alunos: não precisa, está bom assim!</p> <p>Pesquisadora: o que vocês imaginam [...] não, vamos começar com outra pergunta: (não precisa responder) que mulher já realizou a investigação de sua própria vagina para saber como é? Normalmente a gente inicia a abordagem da mulher incontinente explicando para esta mulher que ela precisa conhecer seu próprio corpo. Só que muitas vezes nós, os terapeutas, também não conhecemos nosso corpo. Em minha opinião, mesmo que vocês não escolham trabalhar nesta área, é importante saber realizar este procedimento e conhecer o próprio corpo... quantos alunos do estágio "rezavam" para a paciente não comparecer no dia marcado?</p> <p>Mas é aqui na faculdade que vocês têm a oportunidade de treinar e aprender tudo isto. Nem todos terão condições de realizar um curso específico na área depois de formados...</p> <p>Pesquisadora: mas muitas vezes o que é visto nesses cursos, vocês estão tendo aqui, de uma maneira bastante satisfatória. Então às vezes alguém pode pensar: 'mas eu preciso fazer aquele curso porque não treinei na</p>	<p>Antes de referir a sua opinião, a professora poderia ter instigado os alunos a exercitarem os problemas que o futuro fisioterapeuta poderia ter, quando se encontrasse em situação de relação terapêutica com mulheres</p>	<p>pergunta, a reflexão!</p> <p>A professora, ao solicitar o teste, poderia questionar como os</p>
--	---	--

<p>faculdade!’ Vale a pena tentarmos perder este constrangimento, que é normal nos acadêmicos de fisioterapia, pois este exame é muito íntimo. Alguém já fez algum procedimento mais íntimo do que este em algum paciente? A maioria dos alunos responde: não, nunca fizemos!</p> <p>Pesquisadora: pois é, às vezes algumas pessoas ficam constrangidas apenas por vocês pedirem que tirem a blusa ou a camisa; quantas vezes vocês precisam pedir que a pessoa fique só com as roupas íntimas e esta pessoa fica incomodada, não é? Alunos concordam e relatam que isto aconteceu muitas vezes nas outras disciplinas.</p> <p>Pesquisadora: então, como fazer com a mulher incontinente, que precisa tirar toda a roupa?... vou fazer a seguinte estratégia: vou anotar aqui neste papel um número e vou pedir que cada um diga um número de 1 a 17 (pois são 17 acadêmicos). Aquele que falar o número que escolhi irá representar comigo uma cena de uma possível sessão de fisioterapia para incontinência urinária... então, vamos começar aqui por este lado (a aluna que está à minha esquerda inicia dizendo número e assim por diante. O aluno Aluno P é o sorteado). Neste momento todos os</p>	<p>incontinentes.</p> <p>A ‘professora’ tem uma experiência... qual seria a dos alunos? Será que as preocupações dos mesmos se equivalem às da professora?</p> <p>Poderia ter proposto, inicialmente, se não haveria um voluntário...</p>	<p>acadêmicos se sentiam em relação a esta proposta, ou de que forma eles pensavam que poderia ser feito, ou se tinham outra sugestão!</p>
---	---	--

<p>alunos dão risadas, pois o aluno sorteado é o mais brincalhão e extrovertido da turma.</p> <p>Pesquisadora: vamos lá! Eu sou a mulher incontinente e você é o meu terapeuta, vamos representar a conversa entre o terapeuta e esta mulher. Você acabou de fazer anamnese e agora precisa iniciar o exame físico. O que você diria para mim agora? Que expressão você vai usar para me explicar o que vai acontecer agora?</p> <p>Aluno P: agora eu vou fazer um teste (risadas dos outros alunos) com a senhora do [...] (demonstrando indecisão); primeiramente, eu gostaria de saber se a senhora já realizou algum teste?</p> <p>Pesquisadora: de que teste você está falando?</p> <p>Aluno P: um teste na parte (risada dos outros alunos) [...] na parte ginecológica.</p> <p>Pesquisadora: será que alguém teria outra sugestão? (espero alguém se pronunciar)</p> <p>Aluna L: se já fez exame com ginecologista (sugestão para a pergunta a ser realizada).</p> <p>Pesquisadora: (continuo a representação) bem, eu tenho 75 anos, tive sete filhos em casa com a parteira e nunca consultei com um médico [...]</p> <p>Aluna A sugere que seja utilizado um modelo de pelve feminina para mostrar onde será realizado o exame (alunos</p>	<p>Ao serem provocados, os alunos passam a se colocarem mais com relação ao assunto que está em discussão...</p> <p>O comentário ficou sem resposta...</p>	<p>Na educação bancária, existe a preocupação, o medo de errar, pois o que está em foco é a avaliação, o desempenho... O aluno acredita que é mais importante ser bem avaliado do que ter a verdadeira compreensão da realidade.</p> <p>Uma relação confortável, com comunicação aberta, é crucial para que o aluno se sinta seguro em assumir riscos e ao cometer erros, fatores importantes para a aprendizagem.</p>
--	--	--

<p>perguntam sobre a nova pelve que foi mostrada na primeira aula, esclareço que ela fica guardada na coordenação do curso e um aluno se oferece para ir buscá-la).</p> <p>Pesquisadora: vocês acham que a mulher ficará mais ou menos constrangida se for explicado o exame através do modelo de pelve feminina?</p> <p>Alunos: acho que ficará mais fácil [...]</p> <p>Pesquisadora: ficará mais fácil para quem, para vocês ou para ela?</p> <p>Alunos: (vários alunos falam ao mesmo tempo, cada um quer dar sua opinião) alguns sugerem que ficará mais fácil para eles, pois poderão mostrar onde e como farão o exame; outros discordando, pois acreditam que esta visualização do local a ser examinado poderá deixá-las mais constrangidas e inibidas, inclusive podendo causar a possibilidade da mulher não retornar mais ao tratamento.</p> <p>A maioria dos alunos demonstra interesse, através de participação, sugestões e também de brincadeiras.</p> <p>Aluno B questiona se o exame físico precisa ser feito no mesmo dia da avaliação, pois acha que no primeiro dia é necessário ganhar a confiança da mulher, para somente depois no segundo dia realizar o exame propriamente dito.</p>	<p>O tom lúdico da proposta gera discussões e mantém os alunos focalizados no assunto.</p> <p>Questionam, dialogam, apresentam recomendações.....</p>	<p>Começa o exercício da iniciativa, da criatividade... o diálogo proporciona a troca de experiências e o apoio mútuo em momentos difíceis e</p>
---	---	--

<p>do toque vaginal. Como geralmente elas falam que tem "bexiga caída", é importante esclarecer que precisamos confirmar esta informação através deste exame. Além disso, também precisamos verificar a situação da musculatura que sustenta a bexiga, ou seja, musculatura responsável por manter a bexiga num lugar correto e para isto é necessário o toque vaginal.</p> <p>Pesquisadora: prosseguindo, após explicar porque e como o teste vai ser realizado, qual será seu próximo passo?</p> <p>Aluna M: eu posso já ter confeccionado um folder e entregar para ela neste momento?</p> <p>Alunos fazem vários comentários, acham interessante, mas concordam que pode ser complicado, pois muitas mulheres podem ser analfabetas!</p> <p>Aluna Y: eu acho que no primeiro dia deve ser explicado todo o procedimento, mas apenas no segundo dia deve ser feito o exame físico.</p> <p>Pesquisadora: eu penso que desta maneira podemos estar correndo um risco, pois a mulher pode não voltar para o segundo atendimento. Para mim, o melhor seria explicar o procedimento e realizá-lo no mesmo dia. Pois as mulheres têm vergonha, sim! Isto é</p>	<p>As sugestões vão sendo apresentadas pelos alunos, de forma criativa e com base, também, nas dificuldades de conotação mais ampla que a mulher pode ter. Contextualizam...</p> <p>Às vezes eu me adianto, colocando as minhas expectativas e experiências antes</p>	<p>comparar ... e de encontrar respostas aos questionamentos.</p> <p>Segundo a educação libertadora, a experiência vivida pelos acadêmicos deve ser valorizada e pode ser o ponto de partida para os assuntos a serem debatidos e estudados.</p>
---	---	--

<p>normal, então se dermos tempo para ela pensar sobre isto, talvez ela não volte e eu falo isso pela experiência que tenho de muitos anos no estágio nesta área... (silêncio por alguns segundos...). Alguém tem mais alguma dúvida? Não? Então vamos para o exame propriamente dito. O que eu devo dizer para ela? Para ela se deitar na maca? Preciso ser bem específica quanto a isto... digam para ela ficar bem à vontade, que vocês sabem o quanto a isto é constrangedor para elas, mas que para vocês não! E aí entra aquela velha tática, de dizer que vocês já possuem muita experiência neste procedimento! (Neste momento acham muito engraçado e dão risadas, parecem demonstrar que será complicado aparentar uma segurança que não possuem).</p> <p>Pesquisadora: infelizmente já vi muitos alunos usarem a expressão "é a primeira vez que estou fazendo isto"; agora eu quero que vocês se coloquem no lugar desta mulher: como vocês se sentiriam ouvindo isto? Ou então, vocês vão ao ginecologista e ele diz que é a primeira vez que está realizando o exame ginecológico, como vocês se sentiriam? É claro que alguém vai ter que ser a primeira, digamos assim, paciente [...] mas eu acho que a pessoa não</p>	<p>dos alunos. Seria melhor aguardar, dar tempo para que eles pensem adiante e então coloquem em pauta as propostas.... a 'experiência' da professora é útil, necessária e relevante para o aprendizado, mas poderia aguardar mais um pouco... esperar... ter parcimônia...</p> <p>A 'professora' às vezes atua como indicadora, promotora, demonstradora do modo de pensar, ao invés de ser a 'facilitadora' para o pensar sustentado do aluno. Será que, neste caso, os alunos também consideram que esta tática terapêutica da professora é a</p>	<p>A curiosidade é a mola que propulsiona o aprendizado e o professor precisa estar preparado para guiar a direção da caminhada, incentivando o aluno a refletir e a buscar suas próprias respostas...</p>
---	--	--

<p>precisa saber, pois isto dará maior confiança! A mulher terá mais segurança ao expor o corpo delas para vocês! Tentem passar a maior confiança possível, dizendo que vocês já estão habituados a este exame e que, se a mulher tiver alguma dúvida, a professora responsável poderá ser chamada a qualquer instante. Mostrar segurança e confiança naquilo que você está fazendo! Mesmo que por baixo ou atrás do pano, vocês estejam tremendo! Por que isto é normal: tremor, transpiração aumentada, "suar frio", taquicardia (alunos dão muitas risadas), mas tentem parecer os mais tranquilos possíveis.</p> <p>Aluna Y: profe, eu posso pedir para ela uma higiene íntima, um banho mais caprichado??</p> <p>Pesquisadora: e aí... o que acham disso? A maioria dos acadêmicos parece ter mais constrangimento ou receio de fazer este exame por esta questão, é o medo da mulher não estar devidamente "limpinha", pela própria situação da região, com a flora vaginal, suas secreções e seus odores característicos. No início do dia, tudo bem, nós tomamos um banho, mas no final do dia a situação é bem diferente. Não será o nosso caso, pois os atendimentos serão no horário da manhã. Mas em minha opinião, este</p>	<p>melhor?</p> <p>Poderia ter aprofundado a problematização proposta pelo aluno neste questionamento. Poderia ter oportunidade de obter dados sobre os valores, crenças, significados que a genitália feminina possui para os mesmos... talvez até pudesse aproveitar a oportunidade para levantar significados de dimensão social...</p> <p>Não seria um valor pessoal? Seria realmente uma questão de idade? Que outros fatores podem estar implicados aí? A 'professora' às vezes fala 'mais alto' que a facilitadora. Observo como é difícil manter a problematização ou colocá-la em prática, quando a formação</p>	<p>A educação bancária não leva em consideração as diferenças culturais e impõe uma conduta padrão em qualquer situação...</p>
--	--	--

<p>assunto pode ser abordado, desde que você tenha a sensibilidade suficiente para perceber o momento e a maneira adequados para colocar o assunto. É claro que já existem aquelas mulheres que têm esta preocupação e chegam bem asseadas, que fizeram depilação e por outro lado, existem aquelas que não têm este tipo de preocupação. Vocês conhecem mulheres que não fazem depilação? (Neste momento muitas meninas aparentam expressão de “nojo”, como se não acreditassem que existe esta possibilidade).</p> <p>Alunos fazem vários comentários, dão risadas.</p> <p>Pesquisadora: muitas vezes vocês terão contato com mulheres muito mais idosas, inclusive mulheres que podem ser mais velhas que a avó de vocês. E estas mulheres não têm este entendimento, esta preocupação. Em alguns casos, quando elas não possuem mais companheiros, não têm a preocupação que mulheres mais novas têm.</p> <p>Questiono aos alunos: qual a função dos pelos pubianos?</p> <p>Alunos respondem: proteção!</p> <p>Pesquisadora: então que acontece com a mulher que retira todos os pêlos pubianos?</p> <p>A maioria dos alunos responde: ficam sem proteção!</p> <p>Iniciam discussão sobre mulheres que fazem depilação</p>	<p>‘bancária’ está inscrustada...</p>	<p>Teriam eles também alguma ‘história’ para contar sobre esta questão?</p>
--	---------------------------------------	---

<p>completa, total e que isto pode ocasionar aparecimento do conhecido "corrimento vaginal" de repetição.</p> <p>Pesquisadora: mas nós estamos falando tudo isso por quê? Porque o contrário também existe. Agora vou contar uma situação do estágio: uma aluna estava na sala com uma mulher incontinente e me chamou, com expressão desesperada, sem que a paciente percebesse e perguntou onde estava o orifício vaginal, pois ela não conseguia visualizá-lo (alunos dão risadas) e não sabia o que fazer! Aqui nesta pelve (mostro o modelo em silicone que está sobre a mesa e que não possui pêlos) vocês conseguem visualizar muito bem este orifício, mas em uma situação real, vocês precisam fazer o quê?</p> <p>Aluno C faz um gesto com as mãos (afastando uma da outra) e uma expressão (de quem está procurando alguma coisa). Alunos dão risadas. Peço para ele: por favor, você pode dizer em palavras o gesto que você fez? Vai ficar mais fácil para a gente entender [...]</p> <p>Aluno C: afasta [...] afastar os pêlos com as mãos (continuam as risadas).</p> <p>Pesquisadora: muito bem, é isto mesmo, muitas vezes vocês precisam afastar esses pêlos para uma boa visualização. E também</p>		<p>A educação libertadora nos instiga e impulsiona em direção à superação!</p>
--	--	--

<p>precisam explicar o que estão fazendo com termos bem simples, com uma linguagem que elas possam compreender. Com certeza ela está acostumada com os pelos que tem, são vocês que não estão acostumados [...] e se vocês precisam afastar para olhar, é isso que vocês terão que fazer [...] é só explicar: “olha, eu vou tocar na senhora agora, na parte de fora da sua genitália, vou examinar sua pele, sua sensibilidade e depois vou examinar por dentro” [...] vocês podem usar o termo toque intravaginal, mas, às vezes, existem termos que as mulheres não entendem, então é melhor usar um termo mais comum, uma linguagem mais simples!</p> <p>Pesquisadora: então, quem vai ser o primeiro a iniciar o procedimento nesta pelve, que representa a vagina? (continuo “representando” o exame físico da mulher incontinente) [...] então, vou pedir para ela retirar a calça e a roupa íntima, depois vou pedir pra ela deitar e ficar bem à vontade; a “nossa” (me referindo à fisioterapia) maca não é ginecológica, como a do ginecologista, pois nós precisamos de outra posição para realizar o exame; a posição da paciente deve ser: deitada com os joelhos fletidos e pés apoiados na maca; também existem as camisolas</p>	<p>A ‘materialização’ da proposta estimula a aprendizagem. Os alunos se interessam pelo que estão fazendo.</p>	<p>A proposta do diálogo é um novo caminho... e os acadêmicos vão percebendo a possibilidade de mudança de forma lenta e gradativa, quanto mais instigados, se sentem mais desafiados e vão em busca de soluções.</p>
--	--	---

<p>descartáveis [...]</p> <p>Pesquisadora: além disso, ainda utilizamos o lençol para cobri-las e deixá-las mais à vontade; então, pensando na posição que ela vai estar, também temos que nos preocupar com o conforto desta mulher [...] quando vocês solicitarem para ela tirar a roupa, vocês estarão em dupla ou trio, todos devem sair da sala, explicar para ela em que posição deve ficar; ao retornar à sala, bater na porta e perguntar “podemos entrar”?</p> <p>Pesquisadora: pensem e se coloquem no lugar dela, pensem vocês, deitados, na mesma situação [...] pensem como vocês gostariam de ser tratados [...]</p> <p>Pesquisadora: então, esta é a posição que ela vai ficar (mostro na maca do laboratório) e qual lado eu devo ficar? Desse ou do outro, esquerdo ou direito?</p> <p>Alunos não sabem responder [...]</p> <p>Pesquisadora: depende da mão que vai ser usar, se for canhoto, ficar do lado esquerdo da paciente, quem for destro vai ficar do outro lado [...] eu não sou canhota, então vou ficar do outro lado (mudo de posição)... vamos lá, se vocês estiverem em grupo, dupla ou trio, um vai fazer o exame e o outro vai anotar os dados; e se vocês tiverem sozinhos? Faz depois a anotação?</p>	<p>Poderia fazer a pergunta e dar mais tempo para que respondam....</p>	<p>O estudante que inicia atividade em um ambiente de prática fica exposto a novas situações desafiadoras, o mesmo deve ser capaz de agir por conta própria, lidar com conflitos e questões delicadas...</p>
---	---	--

<p>Aluno P: colocar a luva [...] pegar a caneta [...] pegar a prancheta [...] examinar, analisar, escrever [...] ai professora, é tanta coisa, acho que eu não vou me lembrar!! (risadas).</p> <p>Pesquisadora: nós podemos utilizar relógio e anel?</p> <p>Alunos não respondem!</p> <p>Pesquisadora: fisioterapeuta não pode ter relógio no pulso durante o atendimento: pode esbarrar na paciente, pode machucar, alguma coisa assim.</p> <p>Pesquisadora: agora vamos colocar o gel: onde devemos colocá-lo, então?</p> <p>Aluna fala algo (gravação imperceptível).</p> <p>Pesquisadora: isso mesmo! Colocar a luva por cima da manga do jaleco, né? Como eu devo colocar?</p> <p>Alunos não respondem, apenas se entreolham, conversam, esperam que alguém fale [...]</p> <p>Pesquisadora: vamos fazer o seguinte [...] como é teu nome mesmo? (Aluna D responde), pega o livro (risos de todos os alunos), esse livro, mostra aqui para eles (Aluna D mostra a capa do livro), esse aqui vocês conhecem, esse é o livro que tem na biblioteca, o título é Reeducação Perineal, de autores franceses, foi o primeiro livro de reabilitação do períneo; o outro livro é da fisioterapeuta brasileira, Adriana Moreno.</p>	<p>Talvez os próprios alunos encontrassem uma solução para a questão, mas acabo me antecipando...</p>	<p>Alunos aprendem, durante vivências práticas, através da participação ativa, quando tem tempo para refletir e participar de atividades reflexivas e, principalmente, por meio da observação e do diálogo.</p> <p>Desafios, barreiras e apoios podem surgir em todos os aspectos da aprendizagem e, desta forma, apoio e barreiras não podem ser vistos isoladamente, pois fazem parte de um todo.</p>
--	---	---

<p>Pesquisadora: como o Aluno B trouxe a peça de silicone da pelve feminina, vamos utilizá-la para entender melhor o exame [...].</p> <p>Pesquisadora: (continuo falando com Aluna D) pega ali o livro que está disponível na biblioteca, onde está marcado [...] na página 48, onde fala sobre o exame físico e mostra a palpação, olha também a página 47, no exame uroginecológico (...) vira, aqui, começa aqui [...] vai lendo [...] o que eu tenho que fazer primeiro, então? Colocar o gel (eu sento ao lado do molde de silicone da vagina e o Aluno P senta ao meu lado).</p> <p>Alunos conversam entre si.</p> <p>Aluna L: é o mesmo gel que usamos para fazer o ultra-som?</p> <p>Pesquisadora: isso, é o mesmo gel!</p> <p>Aluna L: mas, professora, este gel não é esterilizado!! (demonstra expressão facial de espanto).</p> <p>Pesquisadora: a vagina tem mais bactéria que qualquer outra coisa [...] a flora vaginal é abundante e a luva também é pra vocês se protegerem!</p> <p>Aluna Y: mas não é melhor usar a vaselina [...] o gel não é gelado?</p> <p>Pesquisadora: é geladinho. Se quiser, existe um equipamento que aquece o gel, mas o nosso, da clínica, não está funcionando [...].</p>	<p>A ‘professora’ continua insinuando uma proposta antes mesmo de perguntar que proposta os alunos teriam para ir em frente, buscando superação das fragilidades ainda existentes</p> <p>Talvez os alunos encontrassem uma saída para a problemática do aquecimento do</p>	<p>A importância de facilitar, e não inibir, é a essência da educação libertadora, para isso, a comunicação entre educadores e estudantes deve ser aberta e produtiva.</p>
--	--	--

<p>perguntar uma coisa [...] o gel então é colocado só na ponta dos dedos?</p> <p>Pesquisadora: isso! Na medida em que você for introduzindo os dedos, o gel vai se espalhando pelo canal vaginal.</p> <p>Alunos comentam a dificuldade em colocar o gel (os frascos possuem um bico muito pequeno e é preciso fazer bastante força para o gel sair do frasco), comentam que tem medo de “encostar a ponta do frasco na luva”.</p> <p>Aluno P comenta que o gel está “escorrendo” pelos dedos [...].</p> <p>Pesquisadora: (rindo) mas é claro! Com o tempo que você está levando para fazer isto, o gel está derretendo [...] é apenas água, não é mesmo!!</p> <p>Aluna I: a outra professora colocava um pouco de gel no orifício vaginal antes de introduzir os dedos [...]</p> <p>Pesquisadora: também pode ser feito desta maneira, facilita a introdução [...] mas se não quiser, não precisa [...]</p> <p>Eu começo a explicação do teste para o Aluno P, que está sentado ao meu lado: introduzir o 2º dedo, agora o 3º (eu faço a introdução dos dedos no molde vaginal de silicone)</p> <p>Aluno P pergunta: eu coloco os dedos até o útero?</p> <p>Pesquisadora: não, não precisa colocar até o útero!</p> <p>Neste momento alunos conversam, muitos risos [...]</p>	<p>As brincadeiras acontecem em torno do tema e parecem estimular a aquisição de habilidades para a aprendizagem.</p>	<p>pode fazer a transformação de determinado contexto de aprendizagem.</p>
--	---	--

<p>acham engraçada a expressão do colega Aluno P. Iniciamos a palpação intravaginal e após o término, um aluno vai demonstrando ou outro, até que todos tenham realizado o exame.</p> <p>A aula continua...</p>		
---	--	--

APÊNDICE B – Etapa de síntese: consolidação da codificação

CONCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS SOBRE A INICIAÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

1. Dificuldades voltadas a si mesmos

1.1 Dificuldades em encarar a própria sexualidade

- constrangimento em fazer perguntas
- constrangimento em falar sobre o próprio corpo
- vergonha em examinar o próprio períneo

1.2 Dificuldades em lidar com as questões da disciplina

- conteúdo muito extenso
- o professor precisa correr com a matéria e não consigo acompanhar
- cansaço durante as aulas teóricas
- precisa ter uma boa memorização
- falta de interesse
- falta de espaço para diálogo

Sugestões para enfrentar dificuldades do item 1

- aprender a lidar com a sexualidade
- achar uma maneira de se livrar dos tabus
- participar de oficinas ajuda a falar de assuntos delicados
- incluir estes assuntos em outras

2. Dificuldades voltadas às mulheres assistidas

2.1 Dificuldades de comunicação

- não sabe conduzir a relação
- as dificuldades dos atendimentos não são discutidas nas aulas
- lidar com mulheres depressivas
- dificuldades em compreender e ser compreendido

Sugestões para enfrentar dificuldades do item 2.1

- deixar de lado o protocolo
- priorizar a informalidade no 1º atendimento
- ter mais autonomia
- procurar estabelecer um diálogo aberto
- respeitar as diferenças

APÊNDICE C – Etapa de síntese: categorias e subcategorias

Categorias e subcategorias referentes ao processo de iniciação da aprendizagem da assistência à mulher com IU

DIFICULDADES	MODOS DE SUPERAÇÃO
1. Dificuldades em lidar com a própria sexualidade a) Constrangimento em relação ao próprio corpo b) Constrangimento em se submeter e/ou realizar o exame vaginal c) Não aceitação de propostas sobre treinamento do exame vaginal	a) ter amor-próprio b) permitir-se novas experiências enquanto acadêmico (buscar a desinibição) c) vivenciar questões sobre sexualidade em grupos (oficinas a partir do 1º período) d) participar de atividades preparatórias para a fisioterapia uroginecológica em disciplinas anteriores
2. Constrangimentos em compartilhar a intimidade com os colegas a) Vergonha de se expor frente aos colegas b) Constrangimento em verbalizar questões íntimas na frente dos colegas	a) interessar-se por discussões sobre sexualidade na própria família e no círculo de amigos b) compartilhar experiências e sentimentos nas vivências em grupo
3. Dificuldades quanto aos aspectos interacionais com as mulheres incontinentes a) Dificuldades de comunicação e de formação do vínculo b) Barreiras culturais c) Dificuldade em abordar a mulher como ser integral d) Dificuldade em lidar com as queixas sexuais.	a) priorizar informalidade e planejar alternativas (adotar conversa descontraída no primeiro atendimento; criar planos alternativos; atender individualmente; remanejar ou encaminhar mulher para outro serviço) b) priorizar o diálogo (aceitar e respeitar a mulher no seu modo de ser) c) focar no essencial (impossível contemplar todos os aspectos) d) alicerçar a relação na confiança mútua

<p>4. Dificuldades em relação à organização da disciplina fisioterapia uro-gineco-obstétrica</p> <p>a) Contexto da disciplina (conteúdo extenso, falta de espaço para diálogo, memorização)</p> <p>b) Lidar com sentimentos negativos (espanto/pavor/cansaço/falta interesse/falta de tempo ou disposição)</p> <p>c) Vivenciar o primeiro contato</p>	<p>a) readequação do curso e da disciplina (experimentação do retorno do curso ao período integral; compartilhamento do conteúdo da fisiot. urogin. com a fisiot. obstétrica; alteração do dia e horário em que a disciplina é ministrada; redistribuição da carga horária, com mais ênfase para aulas práticas)</p> <p>b) inserir a realidade vivida no cotidiano das aulas (interpretar casos clínicos para introduzir-se no conteúdo; visualizar imagens em vídeos, fotos, figuras antes do contato com as mulheres)</p> <p>c) experimentar a sensação vivida pela mulher incontinente (consultar com fisioterapeuta uroginecológico antes do primeiro contato com a mulher)</p>
---	---

Continua...

Categorias e subcategorias referentes à assistência da mulher com IU durante o estágio curricular supervisionado.

DIFICULDADES	MODOS DE SUPERAÇÃO
<p>1. Dificuldades face às condutas para a avaliação da mulher incontinente (Medidas diagnósticas)</p> <p>a) Exame físico (não vislumbra outras alternativas; dificuldade para graduar força muscular; dificuldade para testar reflexos; dificuldade para avaliar pele e mucosa)</p> <p>b) Aplicação de instrumentos diagnósticos (diário miccional e questionário de qualidade de vida)</p>	<p>a) realizar exame físico após criar vínculo (adaptar protocolos quando necessário)</p> <p>b) buscar familiarização com o exame físico através da visualização de imagens em vídeos</p> <p>c) autoaplicação dos instrumentos diagnósticos (adaptar termos; perceber limitações; analisar a necessidade de aplicação dos instrumentos)</p>
<p>2. Dificuldades quanto ao estabelecimento do plano terapêutico</p> <p>a) Condutas do tratamento</p> <p>b) Manuseio dos equipamentos</p>	<p>a) criar oportunidades para realizar pesquisas e para busca espontânea do conhecimento</p> <p>b) intensificar manuseio nas aulas práticas (familiarizar-se com equipamentos) e aprimorar conhecimentos sobre equipamentos em outras disciplinas</p> <p>c) utilizar anotações sobre equipamentos durante atendimentos no estágio</p>
<p>3. Dificuldades em relação aos registros das consultas</p> <p>a) Ficha de avaliação (elaboração do diagnóstico; modelo utilizado; prazo para finalização)</p> <p>b) Evoluções (registros dos atendimentos diários)</p>	<p>a) apontar modos alternativos para elaboração da ficha de avaliação</p> <p>b) readaptar registros diários dos atendimentos nas evoluções</p>

<p>4. Dificuldades em relação à organização do estágio curricular supervisionado</p> <p>a) Processo avaliativo (pressão dos professores inibe na prova prática; pluralidade nas linhas de atuação dos professores; somente aspectos negativos são enfatizados; devolutiva da nota)</p> <p>b) Tempo disponibilizado para atendimentos (falta de intervalo entre atendimentos dificulta a preparação do ambiente, a pontualidade e o contato com os supervisores)</p> <p>c) Número de pacientes atendidos (preocupação com a demanda)</p>	<p>a) dialogar com professor durante o estágio (buscar o apontamento de aspectos positivos e negativos; argumentar e justificar escolhas; solicitar devolutiva da nota com presença de outros acadêmicos)</p> <p>b) otimizar tempo disponível para atendimentos e intervalos</p> <p>c) priorizar a qualidade e não a quantidade</p>
---	---



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Fone/fax: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Acadêmico de fisioterapia)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa intitulada: **“Fisioterapia uroginecológica: contribuições dos acadêmicos para o estágio curricular supervisionado”**. A pesquisa será desenvolvida como Dissertação de Mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como pesquisadora principal a Mestranda Cilene Volkmer e como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Marisa Monticelli

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador principal. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: o presente estudo tem como objetivo “compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia ao abordarem a mulher incontinente em nível ambulatorial e propor estratégias que contribuam para o processo de aprendizagem dos acadêmicos de fisioterapia na abordagem à mulher incontinente”.

O estudo será realizado em duas etapas e você, como **acadêmico do Curso de graduação em Fisioterapia**, está sendo convidado a participar das seguintes atividades: 1º) através da observação participante nas aulas teóricas, nas aulas práticas e nas atividades do estágio, quando a pesquisadora buscará identificar quais são as dificuldades apresentadas por você ao abordar a mulher incontinente; 2º) através da realização de oficinas temáticas, que é uma forma de coletar dados a partir do debate de um grupo sobre suas

experiências e percepções, quando você terá a possibilidade de relatar, em grupo, que dificuldades sente neste tipo de abordagem, além de ser estimulado a discutir e a compreender estas dificuldades e a propor possíveis soluções para as mesmas. Estas serão realizadas em horários que não coincidam com as atividades curriculares. O registro dos dados colhidos será feito através de gravações, caso haja consentimento de todos os envolvidos.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e a Instituição participante de todo processo investigativo.

Sua participação não envolve risco, mas você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento feito ao grupo e que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e que seu nome não será identificado em nenhum momento, a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Após o término da pesquisa, será realizado um encontro na Clínica de Fisioterapia da Univali, a fim de transmitir os resultados aos acadêmicos, docentes, coordenadores do curso e público interessado.

Em caso de necessidade, contate com: Mestranda Cilene Volkmer - Telefone para contato: (47) 3341 7655 e (48) 9965 4492; Endereço eletrônico: cilenev@gmail.com ou Orientadora Dra. Marisa Monticelli - Telefone para contato: (48) 3721 9480

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Assinatura do Pesquisador Principal - Cilene Volkmer

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu.....
RG....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, bem como as garantias dadas pelo pesquisador, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

contato: _____ Telefone para

Assinatura do participante

_____, ____ de _____ de 2009.



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Fone/fax: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuária dos serviços da Clínica de Fisioterapia na área de incontinência urinária feminina)

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntária, na pesquisa intitulada: **“Fisioterapia uroginecológica: contribuições dos acadêmicos para o estágio curricular supervisionado”**. A pesquisa será desenvolvida como Dissertação de Mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como pesquisadora principal a Mestranda Cilene Volkmer e como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Marisa Monticelli.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora principal. Em caso de recusa a senhora não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: o presente estudo tem como objetivo “compreender as dificuldades apresentadas pelos alunos de fisioterapia ao tratar/acompanhar a mulher incontinente em um ambulatório e propor maneiras que ajudem a solucionar estas dificuldades”.

O estudo acontecerá enquanto a senhora realiza seu tratamento fisioterápico da perda de urina e, **como usuária dos serviços da Clínica de Fisioterapia na área de incontinência urinária feminina**, está sendo convidada a participar do estudo, através da permissão para que a pesquisadora principal observe os atendimentos dos alunos de fisioterapia enquanto eles cuidam do seu problema nas dependências da Clínica. Os alunos serão orientados durante os atendimentos nas aulas práticas pela professora da Disciplina Fisioterapia Uroginecológica e, no

ES em Fisioterapia Ambulatorial, pelas professoras supervisoras do estágio, responsáveis pelo seu acompanhamento na Clínica de Fisioterapia. Além disso, a pesquisadora principal também estará presente nestes atendimentos e disponível para ajudá-la no que for necessário. O registro da sua conversa com os alunos durante a avaliação e os atendimentos será feito através de gravações, caso a senhora concorde. No caso de não concordar com a gravação, o registro será feito pela pesquisadora principal, que anotará as informações em um caderno.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa irá auxiliar os alunos de fisioterapia e poderá propor maneiras de diminuir o desconforto ou constrangimento causado pela realização do exame ginecológico fisioterápico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e à Instituição onde o estudo será realizado.

Sua participação não envolve risco, mas a senhora poderá se recusar a participar ou deixar de responder a questionamentos que, por qualquer motivo, lhe causem algum constrangimento. Isto não causará nenhum prejuízo ao seu tratamento. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e que seu nome não será identificado em nenhum momento.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações em jornais ou revistas da área da saúde ou em divulgações em congressos. Após o término da pesquisa, será realizado um encontro na Clínica de Fisioterapia da Univali, a fim de transmitir os resultados aos acadêmicos, docentes, coordenadores do curso e público interessado.

Em caso de necessidade, contate com: Mestranda Cilene Volkmer - Telefone para contato: (47) 3341 7655 e (48) 9965 4492; Endereço eletrônico: cilenev@gmail.com ou Orientadora Dra. Marisa Monticelli - Telefone para contato: (48) 3721 9480.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Assinatura do Pesquisador Principal - Cilene Volkmer

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA VOLUNTÁRIA

Eu.....
RG....., fui informada dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, bem como as garantias dadas pela pesquisadora, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

contato: _____ Telefone para

Assinatura do participante

_____, ____ de _____ de 2009.

ANEXOS

ANEXO A – Normas de submissão de manuscritos ao periódico Revista de Saúde Pública



ISSN 0034-8910 *versão impressa*
ISSN 1518-8787 *versão on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Categorias de artigos
- Autoria
- Processo de julgamento dos manuscritos
- Preparo dos manuscritos
- Suplementos
- Conflito de interesses
- Documentos

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas

- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa

qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.
-

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 2.000 *palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são

encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

- a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.
- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato *itálico*. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração dos artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capla da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O

relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Documentos

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade
2. Agradecimentos

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito para publicação:

3. Transferência de direitos autorais

1. Declaração de Responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados em rodapé na folha de rosto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade.

MODELO

Eu, (nome por extenso), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (título) nos seguintes termos:

"Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo."

"Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico."

"Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores."

Contribuição:

Local, data

Assinatura

Documentos

2. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos

Os autores devem obter permissão por escrito de todos os indivíduos mencionados nos Agradecimentos, uma vez que o leitor pode inferir seu endosso em dados e conclusões. O autor responsável pela correspondência deve assinar uma declaração conforme modelo abaixo.

MODELO

Eu, (nome por extenso), autor responsável pelo manuscrito intitulado (título):

- Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito mas não preenchem os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.
- Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos me forneceram permissão por escrito para tal.
- Certifico que, se não incluí uma sessão de Agradecimentos, nenhuma pessoa fez qualquer contribuição substancial a este manuscrito.

Local, Data

Assinatura

3. Transferência de Direitos Autorais

Enviar o documento assinado **por todos os autores** na ocasião da aprovação do manuscrito.

A RSP não autoriza republicação de seus artigos, exceto em casos especiais. Resumos podem ser republicados em outros veículos impressos, desde que os créditos sejam devidamente explicitados, constando a referência ao artigo original. Todas as solicitações acima, assim como pedidos de inclusão de links para artigos da RSP na SciELO em sites, devem ser encaminhados à Editoria Científica da Revista de Saúde Pública.

MODELO

"Declaro que em caso de aceitação do artigo por parte da Revista de Saúde Pública concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, vedado qualquer produção, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Faculdade de Saúde Pública e os créditos correspondentes."

Autores:

Título:

Local, data

Assinatura

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (UNIVALI)

PARECER CONSUBSTANCIADO COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI

título do projeto: Fisioterapia uroginecológica: contribuições dos acadêmicos para o estágio curricular supervisionado	
Orientadora: Marisa Monticelli	
Acadêmica: Cilene Volkmer	
Data do Parecer: 31/07/2009	Cadastro: 273/09
Grupo e Área Temática: III. Projeto fora das Áreas Temáticas Especiais	

Objetivos do Projeto

Compreender as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de fisioterapia ao abordarem a mulher incontinente em nível ambulatorial e a propor estratégias que contribuam para o processo de aprendizagem dos acadêmicos de fisioterapia na abordagem à mulher incontinente.

Resumo do Projeto

Análise qualitativa junto aos estudantes de fisioterapia quanto às dificuldades apresentadas ao abordarem a mulher incontinente em nível ambulatorial. O projeto visa também a propor estratégias que contribuam para o processo de aprendizagem dos acadêmicos de fisioterapia na abordagem à mulher incontinente. O instrumento de coleta de dados consiste da observação direta da prática dos alunos. Espera-se obter como benefício da pesquisa a melhoria das estratégias de ensino e aprendizagem.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Apresenta Anuência da Instituição vinculada, pela Subcoordenadora do Programa de Pós-graduação da UFSC – Dra. Maria Itayra Padilha.

Introdução	Adequada
Comentários sobre a Introdução	
Muito bem elaborada.	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Fuente com o título da pesquisa a metodologia revisada

Pacientes e Métodos	Situação
Delineamento	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 20 alunos de fisioterapia – Local: Univali
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa q
Participantes pertencentes a grupos especiais	Estudantes
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Não se aplica
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Os sujeitos da pesquisa são acadêmicos regularmente matriculados no semestre 2009.2, na disciplina Fisioterapia Uroginecológica. O estágio em fisioterapia ambulatorial é caracterizado pela prestação de assistência fisioterápica, pelos acadêmicos do Curso de Fisioterapia, aos indivíduos da comunidade, sob supervisão de um docente-fisioterapeuta. Tanto o docente-fisioterapeuta responsável pela disciplina, quanto as mulheres incontinentes, deverão autorizar verbalmente, e de modo formal, suas concordâncias em participarem do contexto do estudo. O critério para tomar parte do estudo, como sujeito do mesmo, será a concordância formal de cada um dos acadêmicos em participar (assinatura do TCLE).

Mudar a informação: Este projeto de pesquisa será realizado somente após aprovação do mesmo na Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (p.36).

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	Ago/09
Data de término prevista	Out/10
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não
Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento	

Referências Bibliográficas | Adequadas
Comentários sobre as Referências Bibliográficas

**Parecer
APROVADO**

Comentários Gerais sobre o Projeto

Relator: Membro CEP/UNIVALI



Profª. Darlene Camati Persuhn
Coordenadora CEP/UNIVALI

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (UFSC)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 235

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 233/09

FR- 278030

TÍTULO: Fisioterapia uroginecológica: contribuições dos acadêmicos para o estágio curricular supervisionado.

AUTOR: Marisa Monticelli e Cilene Volkmer.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 31 de agosto de 2009.


Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO D – Normas de submissão de manuscritos ao periódico Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Projeto e política editorial
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio dos manuscritos

ISSN 1414-3283 *versão impressa*

ISSN 1807-5726 *versão online*

Projeto e política editorial

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que

problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

Envio dos manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

NOTA: nos manuscritos que incluam ilustrações (imagens, figuras, desenhos, tabelas, gráficos), também deve ser providenciada uma cópia do manuscrito, na versão PDF, **com inserção das ilustrações**.

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Co-autores: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo e a instituição.**

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc."

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma - **Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

Casos específicos:

a Citações literais de **até três linhas**: entre aspas, **sem destaque em itálico** e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, **sem espaço entre o ponto e o número**). Ponto final depois dos parênteses.

b Citações literais de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples**, **fonte menor** que a utilizada no texto, **sem aspas**, **sem itálico**, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

Observação: em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

c Vários autores citados em sequência: **do mais recente para o mais antigo**, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

d Textos com dois autores: Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

e Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

f Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).

g Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

* Título sempre destacado em **negrito**; sub-título, não.

**Sem indicação do número de páginas.

***A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis

espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, não vale o travessão. Ex: Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

_____. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

**** Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.:

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade**. Campinas: Papirus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). **Avaliação e planejamento**: a prática educativa em questão. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

CAPÍTULOS DE LIVRO: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina**: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

* Apenas o título do livro é destacado, **em negrito**.

**Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

Regras específicas

1 Autor do livro igual ao autor do capítulo: HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 Autor do livro diferente do autor do capítulo: VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 Autor é uma entidade: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: meio ambiente e saúde. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Séries e coleções: MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação**. São

Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

ARTIGOS EM PERIÓDICOS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

*Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**.

**Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

TESES E DISSERTAÇÕES: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

*Apenas a palavra **Anais** é destacada, **em negrito**.

**Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

***Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

*Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**.

**Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Observação: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

ILUSTRAÇÕES: Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de

inserção de cada uma delas.

NOTA: Também como documento suplementar, deve ser inserida no sistema uma cópia do manuscrito, na versão PDF, **com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.**

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:
<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

ANEXO E – Normas de submissão de manuscritos ao periódico
Fisioterapia em Movimento



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0103-5150 *versão impressa*
ISSN 1980-5918 *versão on-line*

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio de manuscritos

Escopo e política

A Revista **Fisioterapia em Movimento** publica trimestralmente artigos científicos na área da Fisioterapia e saúde humana. Os artigos recebidos são encaminhados a dois revisores (pareceristas) das áreas de conhecimento às quais pertence o estudo para avaliação pelos pares (*peer review*). Os editores coordenam as informações entre os autores e revisores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos revisores. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do editor. Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. É **obrigatório** anexar uma declaração assinada por todos os autores quanto à exclusividade do artigo, na qual constará endereço completo, telefone, fax e e-mail. Na carta de pedido de publicação, é **obrigatório** transferir os direitos autorais para a Revista *Fisioterapia em Movimento*. *Afirmações, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.* A Revista *Fisioterapia em Movimento* está alinhada com as normas de qualificação de manuscritos estabelecidas pela OMS e *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), disponíveis em <<http://www.who.int/ictrp/en/>> e <<http://www.icmje.org/faq.pdf>>. Somente serão aceitos os artigos de ensaios clínicos cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos recomendados pela OMS e ICMJE. Trabalhos contendo resultados de estudos humanos e/ou animais somente serão aceitos para publicação se estiver claro que todos os **princípios de ética** foram utilizados na investigação

(enviar cópia do parecer do comitê de ética). Esses trabalhos devem obrigatoriamente incluir a afirmação de ter sido o protocolo de pesquisa aprovado por um comitê de ética institucional (reporte-se à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos). Para experimentos com animais, considere as diretrizes internacionais *Pain*, publicada em: PAIN, 16: 109-110, 1983.

Os pacientes têm **direito à privacidade**, o qual não pode ser infringido sem consentimento esclarecido. Na utilização de imagens, as pessoas/pacientes não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão específica por escrito, permitindo seu uso e divulgação. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato.

É imprescindível o envio da declaração de responsabilidade de conflitos de interesse, manifestando a não existência de eventuais conflitos de interesse que possam interferir no resultado da pesquisa.

Forma e preparação de manuscritos

A Revista **Fisioterapia em Movimento** recebe artigos das seguintes categorias:

Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 6.000 palavras e conter até 5 ilustrações.

Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).

Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com espaçamento entre linhas de 1,5. O número máximo permitido de autores por artigo é seis (6).

- As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco (5), inseridas no corpo do texto, identificadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A arte final, figuras e gráficos devem estar em formato .tiff. Envio de ilustrações com baixa resolução (menos de 300 DPIs) pode acarretar atraso na aceitação e publicação do artigo.

- Os trabalhos podem ser encaminhados em português ou inglês.
- Abreviações oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Deve ser priorizada a linguagem científica para os manuscritos científicos.
- Deverão constar, no final dos trabalhos, o endereço completo de todos os autores, afiliação, telefone, fax e e-mail (atualizar sempre que necessário) para encaminhamento de correspondência pela comissão editorial.

Outras considerações:

- sugere-se acessar um artigo já publicado para verificar a formatação dos artigos publicados pela revista;
- todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos (anexar carta assinada por todos os autores, na qual será declarado tratar-se de artigo inédito, transferindo os direitos autorais e assumindo a responsabilidade sobre aprovação em comitê de ética, quando for o caso);
- afirmações, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores;
- todos os artigos serão submetidos ao Conselho Científico da revista e, caso pertinente, à área da Fisioterapia para avaliação dos pares;
- não serão publicadas fotos coloridas, a não ser em caso de absoluta necessidade e a critério do Conselho Científico.

No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

Cabeçalho

Título do artigo em português (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), negrito, fonte *Times New Roman*, tamanho 14, parágrafo centralizado, subtítulo em letras minúsculas (exceto nomes próprios).

Título do artigo em inglês, logo abaixo do título em português, (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), em itálico, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, parágrafo centralizado. O título deve conter no máximo 12 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Apresentação dos autores do trabalho

Nome completo, afiliação institucional (nome da instituição para a qual trabalha), vínculo (se é docente, professor ou está vinculado a alguma linha de pesquisa), cidade, estado, país e e-mail.

Resumo estruturado / *Structured Abstract*

O resumo estruturado deve contemplar os tópicos apresentados na publicação. Exemplo: Introdução, Desenvolvimento, Materiais e Métodos, Discussão, Resultados, Considerações Finais. Deve conter no mínimo 100 e no máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte *Times New Roman*, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado. Na última linha deverão ser indicados os descritores (palavras-chave/*keywords*). Para padronizar os descritores, solicitamos utilizar os *Thesaurus* da área de Saúde (DeCS) (<<http://decs.bvs.br>>). O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5, os quais devem ser representativos do conteúdo do trabalho.

Corpo do Texto

- **Introdução:** Deve apontar o propósito do estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços alcançados com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão.
- **Materiais e Métodos:** Deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam ser o estudo replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas.
- **Resultados:** Devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.
- **Discussão:** Interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.
- **Conclusão ou Considerações Finais:** Devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-as ao conhecimento já existente. Utilizar apenas citações indispensáveis para embasar o estudo.
- **Agradecimentos:** Sintéticos e concisos, quando houver.
- **Referências:** Numeradas consecutivamente na ordem em que são primeiramente mencionadas no texto.
- **Citações:** Devem ser apresentadas no texto por números arábicos

entre parênteses. Exemplos:

“o caso apresentado é exceção quando comparado a relatos da prevalência das lesões hemangiomatosas no sexo feminino (6, 7)” ou “Segundo Levy (3), há mitos a respeito da recuperação dos idosos”.

Referências

Todas as instruções estão de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver), incluindo as referências. As informações encontram-se disponíveis em: (<<http://www.icmje.org>>). Recomenda-se fortemente o número mínimo de 30 referências para artigos originais e 40 para artigos de revisão. As referências deverão originar-se de periódicos com classificação *Qualis* equivalente ou acima da desta revista.

Artigos em Revistas

- Até seis autores

Naylor CD, Williams JI, Guyatt G. Structured abstracts of proposal for clinical and epidemiological studies. J Clin Epidemiol. 1991;44:731-737.

- Mais de seis autores

Listar os seis primeiros autores seguidos de et al.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-12.

- Suplemento de volume

- Suplemento de número

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

- Artigos em formato eletrônico

Al-Balkhi K. Orthodontic treatment planning: do orthodontists treat to cephalometric norms. J Contemp Dent Pract. [serial on the internet] 2003 [cited 2003 Nov. 4]. Available from: URL: www.thejcdp.com.

Livros e monografias

- Livro

Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ. Color atlas & textbook of oral anatomy. Chicago:Year Book Medical Publishers; 1978.

- Capítulo de livro

Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 85-92.

- Editor, Compilador como Autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Livros/Monografias em CD-ROM

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

- Anais de congressos, conferências congêneres

Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final. Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002.

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam:North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Trabalhos acadêmicos (Teses e Dissertações)

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington Univ.; 1995.

Envio de manuscritos

Os manuscritos deverão ser submetidos à Revista **Fisioterapia em Movimento** por meio do site <www.pucpr.br/revfisio> na seção “submissão de artigos”.